Tome I. — N° 5 Mai 1953

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

CŒUR ET CERVEAU

Hémiplégie, épilepsie, troubles psychiques des cardiaques

PAR

Henri ROGER (de Marseille)

Les interréactions du cœur et du cerveau peuvent se faire dans les deux sens : influence des maladies du cœur sur le fonctionnement cérébral, cerveau des cardiaques, ou inversement retentissement des affections de l'encéphale sur le comportement du cœur, cœur des encéphalopathes.

C'est le premier côté de la question, le cerveau des cardiaques, que nous aborderons dans cette étude, essayant de faire le point des nombreuses controverses qui ont vu le jour depuis de nombreuses années.

Nous aurions pu analyser séparément la répercussion de chacune des cardiopathies sur l'encéphale. Suivant un plan plus synthétique, nous avons préféré grouper les principales manifestations sémiologiques, l'hémiplégie, l'épilepsie, les troubles psychiques, que l'on voit compliquer une maladie du cœur. Pour certains de ces symptômes, nous insisterons cependant sur les caractères cliniques ou physiopathologiques particuliers à telle ou telle cardiopathie et nous classerons ces dernières suivant l'accident majeur qu'elles sont le plus souvent susceptibles de provoquer.

L'HEMIPLEGIE DES CARDIAQUES

Nous prendrons pour type de notre description la classique hémiplégie du rétrécissement mitral, la plus fréquente.

Sténose mitrale

Historique. — Si Bouillaud (1835) en a publié les premiers exemples, Duroziez (1877) en a souligné la fréquence. Huchard, Vaquez, Lutembacher y ont ultérieurement insisté. Nous-même (*Paris médical,* 1923) avons contribué à son étude, et plus tard Chavany (*Presse médicale,* 1936). Paris, dans une thèse récente (Paris, 1950), vient d'apporter la statistique et les constatations faites dans le service du professeur Lenègre ; de leur côté, Roedenbeck et Bermejo, celle du service de cardiologie de l'Université de Lima.

Etude clinique. — Le *début* est en général brutal, par un coma, qui n'est pas toujours complet, coma vigil plutôt que coma d'allure apoplectique, assez souvent accompagné de convulsions. Le coma peut manquer et être remplacé par un vertige, par une simple obnubilation intellectuelle.

L'hémiplégie s'installe brusquement. Exceptionnellement, elle évolue d'une manière plus progressive.

Elle n'est pas toujours complète ni totale. Elle a une assez nette prédominance brachiofaciale. Mais elle peut être totale et proportionnelle. Elle s'accompagne souvent d'hémianesthésie ou d'hémihypoesthésie aux divers modes, d'aphasie.

L'*évolution* en est variable.

Dans un tiers des cas (Lenègre et Paris), le coma entraîne la mort dans les jours ou la semaine qui suivent l'ictus. Le décès n'est pas toujours consécutif à la lésion cérébrale ; il est parfois dû à une complication, cardiaque, pulmonaire ou infectieuse.

Dans un assez grand nombre de cas l'hémiplégie, flasque les premiers jours, mais avec Babinski, passe à la spasmodicité avec contracture en extension du membre inférieur et en flexion du membre supérieur, cette dernière pouvant rester le seul reliquat. La contracture n'est pas aussi intense que dans les hémiplégies par lésions vasculaires, mais laisse cependant le malade infirme. L'hémihypoesthésie régresse et peut se localiser à un territoire pseudoradiculaire. L'aphasie rétrocède elle aussi et n'affecte plus alors que le type sensoriel, aphasie de Vernicke (avec association

d'apraxie), ou même une forme plus partielle, agraphie. Des crises jacksoniennes peuvent compliquer ultérieurement cette hémiplégie.

De même une hémichoréoathétose. Si nous exceptons les hémiathétoses par encéphalopathie infantile, il nous a semblé que la plupart des hémiathétoses acquises de l'adolescent ou de l'adulte, consécutives à des lésions vasculaires en foyer, se rencontrent plutôt à la suite des embolies du rétrécissement mitral qu'après les artérites cérébrales. Fait particulier, les mouvements anormaux n'apparaissent le plus souvent que deux, trois mois et plus après l'ictus. Des conditions anatomiques particulières faciliteraient l'arrêt de l'embol dans certains territoires vasculaires et donneraient l'explication de cette complication un peu particulière.

Une troisième éventualité est la disparition complète ou à peu près complète de tous les signes déficitaires au bout de quelques mois ou d'un an, une fois sur trois (Harris et Lévine).

Il en est enfin une quatrième, l'*hémiplégie transitoire,* qui est assez caractéristique du rétrécissement mitral. Le malade se réveille hémiplégique, monoplégique, paralytique facial ou tout simplement aphasique ; au bout de quelques heures, de trois ou quatre jours, il est redevenu entièrement normal. Ces paralysies passagères récidivent souvent, à plusieurs semaines ou plusieurs mois d'intervalle, soit dans le même territoire cérébral, plus souvent dans des territoires différents.

Exceptionnellement il peut y avoir une hémiplégie double, dont les épisodes se succèdent séparés par quelques jours. On a signalé quelques cas de syndrome pseudobulbaire par foyers bilatéraux entraînant de la dysarthrie, de la dysphagie (Heatfield et Jewesbury).

La classique *prédominance droite* de l'hémiplégie s'explique par les dispositions anatomiques qui facilitent le cheminement des caillots vers la carotide interne gauche et vers la sylvienne. Les statistiques sont assez concordantes : 8 droites pour 5 gauches (Lenègre et Paris), 13 droites pour 7 gauches (Brobeil).

Dans quelques cas, à l'infarctus cérébral se surajoutent d'autres embolies, se faisant dans les fémorales, l'aorte à sa bifurcation, dans les artères des viscères (rate, reins), s'établissant en même temps, avant ou après l'accident encéphalique.

Etiopathogénie. — L'hémiplégie de la sténose mitrale se rencontre plus souvent chez la *femme* (72 % pour Lenègre), mais dans à peu près la même proportion suivant laquelle cette affec-

tion cardiaque est particulière au sexe féminin. Survenant surtout à la quarantaine, elle a été signalée également chez l'enfant et chez les vieillards.

Pareille hémiplégie n'est pas l'apanage de la sténose mitrale pure ; elle se rencontre aussi dans la maladie mitrale, plus rarement dans l'insuffisance mitrale pure.

Sa fréquence au cours de la sténose mitrale a été diversement interprétée : 11,86 % des cas de cardiopathies rhumatismales pour Roedenbeck et Bermejo, 6,7 % pour Lenègre et Paris.

Elle complique surtout les *cardiopathies en voie de décompensation,* se compliquant d'une dyspnée (soit d'effort, soit nocturne, soit permanente), d'infarctus pulmonaire avec hémoptysie ou d'insuffisance ventriculaire droite. A l'autopsie, on trouve presque toujours des coagulations localisées de l'oreillette ou de l'auricule gauche, qui sont l'origine de l'embolie ; en pareil cas, le cœur est trouvé en état de fibrillation auriculaire : 9 fois sur 10 (Stone et Feil), 23 sur 29 (Bourne). L'absence de contraction de l'oreillette gauche favorise la formation du caillot.

Si on prend systématiquement la température de ces malades, il n'est pas rare de constater, les jours précédents ou en tout cas lors de l'ictus, une légère *poussée thermique* à 38° (11 fois sur 13 pour Paris), ce qui plaide en faveur d'une poussée évolutive de l'endocardite rhumatismale causale, facteur sur lequel nous ne saurions trop insister.

L'on a discuté l'intervention de quelques FACTEURS DÉCLENCHANTS.

L'*exercice,* un déplacement brusque, un effort, en accentuant la décompensation cardiaque, favoriseraient le détachement du caillot. Cette opinion est contraire à l'apparition de l'hémiplégie au cours du sommeil (dans la moitié des cas). Pour Oberner, celui-ci, en supprimant le contrôle de la conscience, libérerait des traumatismes psychiques violents, facteurs de vasoconstriction et d'anémie cérébrale, favorisant l'arrêt du caillot.

On a voulu faire jouer un rôle à *certaines thérapeutiques.* L'action du sulfate de quinidine semble extrêmement discutable (Lenègre et Paris). Celle de la digitaline, incriminée par Huchard, par Ch. Fiessinger, n'est pas absolument démontrée. Ce médicament ne serait en tout cas qu'un facteur d'appoint dans 5 cas sur 15 seulement (Lenègre). Son action serait complexe : action sur le myocarde auriculaire permettant la chasse plus facile du caillot ; action vasoconstrictive facilitant la thrombose artérielle lo-

cale ; action thromboplastique racourcissant le temps de coagulation et favorisant la formation d'un thrombus tant dans l'oreillette gauche que dans l'artère. Cette dernière hypothèse ne paraît pas assez vérifiée pour qu'on puisse souscrire entièrement à la conduite de certains cardiologues qui préconisent l'adjonction systématique d'un traitement par l'héparine à toute cure digitalique.

L'hémiplégie cardiaque est presque toujours due à une *embolie*. Le caillot se dirige vers la sylvienne, branche la plus importante de la carotide interne et en continuité directe avec elle. Il s'arrête dans les artères du lobe orbitaire, de la frontale inférieure et de la frontale ascendante, qui sont les rameaux les premiers branchés sur cette artère et d'ailleurs les plus importants. Cette disposition artérielle explique la prédominance faciobrachiale de l'hémiplégie des mitraux.

Ce mécanisme par embolie n'est pas unique.

Il peut s'y ajouter une chute de la tension artérielle, une poussée d'œdème cérébral.

Chavany fait jouer un rôle important à un trouble circulatoire général causé par une défaillance cardiaque et entraînant *une dénivellation brusque dans le régime tensionnel encéphalique*. En pareil cas, on ne trouve pas un gros foyer de ramollissement, mais de multiples foyers de piqueté congestif, d'œdème, dont la topographie en apparence anarchique correspond en réalité à la limite des trois territoires d'irrigation artérielle (cérébrale antérieure, sylvienne, choroïdienne), points faibles de la circulation cérébrale, où le sang stagne par défaut de pression cardiaque et manque d'aspiration de la circulation de retour. La disparition rapide de l'accident hypotenseur explique le caractère transitoire de quelques hémiplégies.

Dans quelques autopsies (4 fois sur 13 d'après Paris), on ne constate aucune thrombose de la sylvienne. On invoque alors un simple *spasme artériel*. Pour expliquer la régression fréquente de l'hémiplégie du rétrécissement mitral, on a également incriminé un spasme sylvien surajouté à une embolie minuscule dont le caillot se fragmente : ce qui, chez un sujet jeune, permet la suppléance rapide par les voies collatérales de la zone mortifiée (Chavany). On a signalé, dans la sténose mitrale, des accidents analogues donnant l'impression d'une thrombose embolique dans l'artère d'un membre, alors qu'on ne constate aucune oblitération lors de l'intervention chirurgicale.

Il est des cas où l'on trouve un ramollissement sylvien sans qu'il y ait de caillot dans l'oreillette. On a supposé que l'embol constituait l'unique caillot de cette cavité, ou bien encore que l'embol ne provenait pas d'un caillot sanguin, mais d'un petit fragment de fibrine détaché de la valvule mitrale, dépôt fibrineux fréquent chez les endocarditiques et qui donne un aspect dépoli aux valves.

On a également pensé que le ramollissement sylvien n'était pas dû à une embolie, mais à l'*oblitération primitive d'une artère cérébrale*, à une thrombose artérielle locale. Il est en effet difficile d'établir la différence entre une thrombose d'origine embolique, formée d'un caillot fibrineux au centre entouré d'une coque cruorique et non adhérente à l'endartère, et une thrombose d'origine pariétale locale, où le caillot est adhérent à l'artère.

Enfin, il faut connaître les cas où il n'y a ni thrombose auriculaire, ni thrombose cérébrale. D'autres facteurs, artériosclérose concomitante, spasme artériel pur, œdème cérébral, sont en cause.

Diagnostic. — Celui-ci se présente de façon différente suivant que la sténose mitrale est ou n'est pas déjà connue. Lorsque l'hémiplégie est l'accident révélateur, il faudra éliminer les autres causes vasculaires d'hémiplégie, surtout si la rapidité du rythme cardiaque empêche de percevoir nettement les signes sthétacoustiques. La radiographie et l'électrocardiographie seront alors très utiles. En cas d'hémiparésie ou de parésie transitoire, on éliminera la nature névropathique de l'accident.

Pronostic. — Nous avions, dans un article déjà ancien, essayé d'établir une distinction entre *l'hémiplégie des jeunes cardiaques*, survenant chez des sujets à la fois relativement peu avancés en âge et atteints de lésions valvulaires plutôt récentes et bien compensées, et l'*hémiplégie des vieux cardiaques*, compliquant une phase avancée de leur cardiopathie, à une période d'hypo- ou d'asystolie, le plus souvent chez des gens âgés. Dans la première catégorie, l'hémiplégie est moins intense, plus transitoire et de pronostic plus favorable ; réalisant un avertissement grave chez un malade souvent insouciant, elle l'oblige à garder un repos plus ou moins relatif, profitable à tout cardiaque ; le malade reste plus un hémiplégique qu'un cardiaque. Dans la seconde catégorie, à cause du gros calibre de l'embol, l'hémiplégie est plus massive, le coma plus profond et la mort plus fréquente ; s'il guérit, le malade reste toutefois plus un cardiaque, sujet à des poussées

d'hyposystolie, qu'un hémiplégique. Mais il est des individus âgés, dont la lésion endocarditique, plus ou moins ancienne, ne se complique pas d'embolie massive, et par contre des jeunes qui font presque d'emblée des accidents d'intolérance cardiaque.

A côté de l'hémiplégie de la sténose mitrale, il y a d'autres hémiplégies consécutives à d'autres altérations valvulaires et endocarditiques.

Endocardites

L'*endocardite rhumatismale* aiguë, évoluant au cours d'une poussée de rhumatisme articulaire aigu, se complique parfois d'une hémiplégie révélatrice de l'atteinte de la mitrale.

Bien connues sont les *endocardites infectieuses* qu'on appelait autrefois *malignes* et dont on a isolé les formes nerveuses, en particulier la forme hémiplégique. Nous avons, il y a une quarantaine d'années, observé une jeune femme qui, au cours d'un état d'allure typhoïdique grave, avec quelques douleurs rhumatoïdes, fit un ictus hémiplégique ; à l'autopsie, on trouva de graves lésions d'endocardite ulcérovégétante, qui étaient passées inaperçues à une auscultation minutieuse et prolongée : endocardite muette.

Nous avons autrefois contribué à établir la forme hémiplégique de l'endocardite à marche lente, de la *maladie d'Osler*. Les troubles moteurs en sont la première manifestation, accompagnée d'une poussée fébrile qui se répète par la suite. Les embolies peuvent se succéder, soit dans le cerveau, soit dans un autre organe, soit dans une artère périphérique, soit dans les capillaires des extrémités des doigts (faux panaris d'Osler).

Certaines de ces parésies évoluent à titre transitoire. Avec Antonin nous avons publié le cas d'un malade atteint d'un rétrécissement mitral qui fit successivement, en l'espace de trois ans : une monoplégie brachiale droite de deux jours de durée, sept mois après un brusque dérobement du membre inférieur droit, deux ans après une hémiplégie droite grave avec aphasie qui rétrocéda lentement et se compliqua en cours d'évolution d'une monoparésie brachiale droite de deux jours de durée, puis d'une parésie brachiale gauche d'un quart d'heure de durée, enfin de deux autres épisodes analogues. Il mourut brusquement d'un ictus avec hémiplégie gauche. Le malade, à chacune de ces poussées évolutives, réalisait un petit état fébrile, soit clinique (frissons), soit vérifié par thermomètre. A la fin il présentait de petits nodules d'Osler caractéristiques.

L'hémiplégie, quoique étant la plus classique, n'est pas la seule complication de la maladie d'Osler, qui peut se présenter sous *forme méningée* ou plutôt *méningocérébrale*, comateuse, mentale (Debré, Lemierre, Vidal). Garcin et Frumusan ont observé un cas d'encéphalite démyélinisante en plaques au cours d'une maladie d'Osler.

Boudin a insisté récemment avec raison sur l'importance qu'il y a à rapporter précocement à leur origine les ramollissements cérébraux révélateurs de la maladie d'Osler. Car avec la thérapeutique pénicillée intensive actuelle, on peut faire rétrocéder tant la complication nerveuse que la greffe infectieuse endocarditique sur une mitralite rhumatismale ancienne.

Cette hémiplégie a été attribuée pendant très longtemps au seul *processus embolique*, embolie d'ailleurs parfois septique déterminant un abcès (Lemierre et Augier). Actuellement, la maladie d'Osler est considérée comme une infection ne frappant pas seulement l'endocarde, mais également les artères, en particulier les artères cérébrales : d'où la production de *thromboses locales* avec hémorragie ou ramollissement cérébral, d'*anévrysmes* compliqués d'hémorragies méningées ou cérébroméningées. Un processus de capillarite et des modifications hyperplasiques du système réticuloendothélial, une hyperplasie de l'endothélium vasculaire entraînant la diminution de la lumière, l'épaississement de la paroi et l'inflammation périartérielle sont caractéristiques de la maladie.

C'est par l'intermédiaire d'un foyer endocarditique que l'on explique certaines hémiplégies survenues au cours des *maladies infectieuses* (diphtérie, fièvre typhoïde, pneumonie), alors que leurs causes habituelles, une artérite sylvienne aiguë, une poussée d'encéphalite ne peuvent être invoquées.

Quelques hémiplégies de la grossesse sont la conséquence d'*accidents gravidocardiaques*.

Affections congénitales du cœur

Une mention particulière doit être réservée aux hémiplégies et aux autres manifestations encéphaliques compliquant les affections congénitales du cœur.

Dès 1881, Peadock avait remarqué que la mort était souvent due à une cause encéphalique. Depuis lors, bien des auteurs considèrent que cette terminaison est bien plus fréquente que celle par insuffisance cardiaque.

Abbott compte 46 décès par lésion cérébrale sur un total de 1.000 cas. Hélène Taussig insiste à son tour sur cette terminaison. Leech rapporte trois cas d'infarctus cérébral massif sur 75 malformations cardiaques. Ford, Merplan, Elkington, Bailey et Hass, Hunter et Lipcomb, Hérey publient des observations analogues.

La question a été reprise depuis l'ère cardiochirurgicale à cause de la survenue de pareilles complications cérébrales après une intervention sur le cœur. Bahnson et Ziegler leur attribuent 22 % des morts postopératoires, dont la moitié vérifiées par l'autopsie.

Au John Hopkins Hospital, Berthrong et Sabiston ont, de 1945 à 1949, réalisé 162 autopsies de malformations cardiaques, dont 135 cyanogènes et 27 non cyanogènes. Les lésions cérébrales sont plus fréquentes chez les cardiopathes bleus (31 cas sur 135). Elles consistent surtout en infarctus (5 encéphalomalacies anciennes, 9 infarctus avec mélange de lésions récentes et anciennes, 10 infarctus récents) et en hémorragies (7 cas). Sur les 27 cardiopathies non cyanogènes, il y avait 8 lésions cérébrales.

Bahnson et Ziegler, en 1950, analysent 50 cas opérés de novembre 1944 à septembre 1947 par Blalock et ses assistants. Ils comptent 22 morts par complications cérébrales, ce qui pour eux est la cause la plus élevée de mortalité, 4,4 % pour une mortalité globale de 19,8 %.

Ils trouvent 50 % de lésions variées : deux thromboses artérielles ascendantes dues probablement au trauma opératoire, une petite hémorragie cérébroméningée corticale, trois petits foyers de ramollissement cérébral, un abcès cérébral ; dans six cas des lésions anciennes associées (ou isolées), zone d'encéphalomalacie, méningite chronique ; dans 11 cas, aucune lésion évidente.

A Lyon, Bret et Firoldi, analysant 28 cas de sténose pulmonaire avec communication septale, incriminent une thrombose cérébrale comme cause de la mort dans 8 cas, dont 6 postopératoires ; dans la thèse d'Andrée, réunissant 100 cas de maladie bleue opérés par le professeur Santy, on trouve une quinzaine d'accidents cérébraux, dont 4 mortels (pour une mortalité globale de 18 %).

A Toulouse, sur 10 opérés pour cardiopathies congénitales diverses, Ducuing déplore un décès par thrombose cérébrale au cours d'un Blalock pour tétralogie de Fallot chez une mongolienne.

Tableau clinique. — Celui-ci est assez varié. Il est bien rare que l'hémiplégie n'en fasse pas partie, soit comme première et principale manifestation, soit comme épisode intercurrent. Elle ne diffère pas de l'hémiplégie cardiaque due à d'autres causes. Elle se complique ou non de crises comitiales jacksoniennes ou généralisées, d'aphasie et d'hémianopsie. La localisation droite, si fréquente chez les autres cardiaques, ne ressort pas nettement de l'étude des maladies bleues. Il n'est pas exceptionnel de voir associés un état d'obnubilation intellectuelle, un syndrome urémique, une hypertension intracranienne avec stase papillaire, parfois un syndrome d'allure infectieuse. L'*évolution* est souvent rapide et fatale, quelques heures à quelques jours, en particulier pour les accidents succédant à une intervention cardiochirurgicale. Mais il est des formes d'hémiplégie transitoire ou curable.

Lésions anatomiques. — Les lésions anatomiques sont variables.

A) La principale consiste en un infarctus, en une occlusion artérielle, localisée à un lobe, étendue à tout un hémisphère ou même aux deux.

Le mécanisme des accidents cérébraux n'est pas univoque. Il peut être attribué :

1° le plus souvent à une *embolie, partie d'un thrombus de l'oreillette gauche,* comme dans l'hémiplégie de la sténose mitrale ;

2° à une *embolie paradoxale,* partie d'une infection des veines périphériques ou viscérales, dont le caillot a pu passer du cœur droit dans le cœur gauche grâce au défect du septum et gagner ainsi la carotide ;

3° plus exceptionnellement à une *embolie, partie d'une endocardite infectante* surajoutée de la mitrale ;

4° parfois à un thrombus, développé *in situ,* consécutif à une *lésion de la paroi artérielle,* d'origine scléreuse ou autre ;

5° à une *lésion veineuse cérébrale,* qu'on oublie trop souvent, quoique la stase y soit plus facile que dans les artères.

J. Lhermitte, Lereboullet et Kaplan ont montré, dans un cas de communication interventriculaire et d'atrésie de l'artère pulmonaire, qu'un gros infarctus occupant tout le lobe temporal gauche était dû à la thrombose des veines, nettement saillantes à la superficie, alors que l'examen microscopique montrait les artères parfaitement perméables. Chez un autre sujet porteur d'une sténose de l'artère pulmonaire avec persistance du trou de Botal,

des ramollissements multiples étaient également dus à des thromboses veineuses.

Un enfant cyanotique de deux ans et demi mort en 15 jours présentait à l'autopsie (Devic, Girard et Masson) un grand foyer hémorragique et des thromboses veineuses en rapport avec un angiome veineux du cerveau. Ces auteurs se demandent si la coïncidence de malformations vasculaires cérébrales et de malformations cardiaques ne serait pas plus fréquente qu'on ne le croit. Chez de pareils cardiaques, il y aurait peut-être lieu de déceler, par une artériographie cérébrale, les malformations congénitales du cerveau. Auquel cas l'intervention cardiaque serait contre-indiquée.

B) A côté de ces infarctus grossiers, il existe, d'après les recherches de Berthrong et Sabiston, des cas où l'on trouve des LÉSIONS MINEURES (pétéchies périvasculaires dans 8 cas dont 6 postopératoires) ou même SIMPLEMENT MICROSCOPIQUES, créant des cicatrices gliales. Chez un malade ayant subi un arrêt cardiaque d'une durée de 10 minutes et mort 26 jours après, il n'y avait que des lésions des cellules ganglionnaires de la base. On incrimine en pareil cas l'anoxie cérébrale due au sang peu oxygéné qui irrigue le cerveau des cyanotiques, anoxie comparable à celle des autres asphyxies (par CO par exemple). Toutefois les cyanotiques ne présentent pas, du moins en apparence, la déficience intellectuelle que devrait comporter pareil déficit de l'irrigation cérébrale. Il est vrai que ces malades n'ont pas été soumis à un examen psychologique approfondi.

C) Divers FACTEURS ACCESSOIRES s'ajoutent pour exagérer la tendance thrombosique.

La *polyglobulie*, habituelle aux cyanoses, s'accompagne d'une augmentation de la viscosité sanguine et d'un ralentissement du courant circulatoire ; elle pourrait peut-être à la longue endommager l'endothélium vasculaire. Pareils facteurs facilitent la formation du thrombus cardiaque et accroissent le volume du thrombus cérébral dû à l'embolie. On connaît les accidents cérébraux de la maladie de Vaquez, qu'ils soient dus à des infarctus ou simplement à l'anoxie. Toutefois, pour mieux juger de l'importance de la polycythémie, Berthrong et Sabiston ont, chez 62 malades atteints de tétralogie, comparé les 13 cas compliqués de thrombose cérébrale et les 49 autres ; or, la polyglobulie n'était pas plus importante chez les premiers que chez les seconds.

Dans les cas de malformation cardiaque non cyanogène, la

thrombose peut être due à de l'artériosclérose ou à une défaillance cardiaque.

Les syncopes, avec ou sans convulsions, avec arrêt cardiaque plus ou moins prolongé, assez fréquentes chez de pareils cardiopathes, entraînent une *chute de la pression sanguine,* accentuent la cyanose et probablement la polyglobulie ; la vasodilatation due à l'anoxie tissulaire diminue la vitesse de la circulation : polyglobulie asphyxique.

D'autres facteurs additionnels ne sont pas négligeables. Hélène Taussig a insisté sur la gravité, chez de pareils patients, de la déshydratation qui facilite la thrombose. De même les divers chocs, en particulier le *choc opératoire,* qui augmente la viscosité sanguine et diminue la vitesse circulatoire : sur 19 cas d'infarctus récents, 15 concernent des malades opérés. Chez ces malades opérés, on s'est demandé s'il ne pouvait pas s'agir d'embolie paradoxale après phlébite postopératoire. Mais les hémiplégies se révèlent dès que les malades sortent de leur anesthésie. Le caractère d'infarctus hémorragique des lésions permet plutôt de les rattacher à une thrombose veineuse cérébrale. Toutefois il n'est pas impossible que les manipulations cardiaques peropératoires facilitent la formation de thrombus cardiaques susceptibles de s'emboliser ultérieurement dans la sylvienne.

Dans un nombre relativement assez important de cas, les complications cérébrales des cardiopathies congénitales ont pour substratum anatomique un *abcès cérébral,* consécutif à un embol septique ou à l'infection d'un infarctus d'origine artérielle ou veineuse. A l'occasion d'un cas personnel, nous en avons réuni récemment 72 cas recueillis dans la littérature, auxquels doivent s'ajouter 3 cas de R. Gluck, J. Hall et L. Stevern et un cas de M. Genesi, publiés récemment, ce qui porte le total à 76.

L'abcès est en général unique, encapsulé ou non. Siégeant assez souvent à la région temporo-pariétale gauche, il se traduit par une hémiplégie avec hémianopsie et aphasie. Dans d'autres cas un syndrome général à type d'hypertension intracranienne avec torpeur ou un syndrome méningé prédominent. L'évolution est en général rapide, une à deux semaines. On ne retrouve pas toujours dans les commémoratifs la cause infectieuse occasionnelle qui a déclenché l'embolie septique.

La survenue de cet abcès, quand il est diagnostiqué, comporte une sanction neuro-chirurgicale. Une intervention a pu, dans quatre cas, enlever l'abcès et guérir de pareils malades.

Une autre cause de complications cérébrales à type souvent hémiplégique au cours des cardiopathies congénitales est la coexistence de *malformations vasculaires cérébrales associées.* Celles-ci ont été surtout observées dans la sténose aortique, qui se complique d'accidents cérébraux vasculaires dans 7 % (Hines et Christarsen) et même 15 % (Gross) des cas. Eppinger (1871) avait déjà attiré l'attention sur la *coexistence de rétrécissements de l'isthme aortique et d'anévrysmes sacciformes* des gros vaisseaux de la base du crâne. Depuis lors, bien des auteurs ont rapporté des faits analogues, tout récemment Devic, Girard et Masson.

Infarctus du myocarde

Un nouveau chapitre s'est ouvert récemment, ou tout au moins a été mieux éclairci, celui des complications cérébrales de l'infarctus du myocarde : Dumas, — Worms, — Warter, Voegtlin, Grappe et Wackenheim, — Bean, Flamm et Sapadin, — Cole et Sugarman. Une manifestation assez typique est un état soporeux ou comateux brusque avec ou sans convulsions, qui s'accompagne d'hémiplégie ou d'hémiparésie. Parfois il s'agit d'un état délirant ou confusionnel.

Pareil syndrome peut être observé, à titre épisodique, au cours de l'évolution de l'infarctus. Fait particulier, il est parfois la manifestation initiale et prédominante ; il donne au tableau clinique l'aspect d'une lésion cérébrale par hémiplégie ou ramollissement : *forme neuropsychique* de l'infarctus du myocarde.

Bean et Read ont publié 15 observations personnelles dont 8 vérifiées anatomiquement. Sur 100 autopsies d'infarctus cardiaque, Seymour, L. Cole et Jérôme Sugerman remarquent la coexistence avec des accidents vasculaires cérébraux dans 15 cas, dont 11 seulement où un lien entre les lésions cardiaques et cérébrales pouvait être affirmé. Dans 6 de ces cas la maladie avait évolué sous le masque d'une maladie cérébrale primitive. La fréquence de pareils faits doit attirer l'attention sur cette forme particulière d'attaque dont le pronostic est loin d'être toujours fatal.

Comment expliquer la coïncidence de pareils accidents sylviens et coronariens ? Dans leurs autopsies, Cole et Sugerman ont trouvé 9 cas de ramollissement et 2 cas d'hémorragie. Les lésions d'infarctus cérébral ont été attribuées par certains auteurs à une *embolie* provenant d'un caillot formé soit dans l'oreillette gauche

par suite de la stase sanguine consécutive à la lésion coronarienne, soit dans le ventricule par suite de la lésion endocardique résultant de la nécrose du myocarde, soit même à une embolie constituée par un petit fragment du muscle cardiaque.

Toutefois, Bean et Read ne trouvent l'embolie que dans 6 cas sur 15 vérifiés. Plus tard Bean et Sapadin, faisant la revue générale d'un grand nombre d'infarctus vérifiés à l'autopsie, admettent que les lésions cérébrales correspondent à une artériosclérose concomitante, à une *thrombose locale* ou même à une hémorragie, plutôt qu'à une embolie. Il est d'ailleurs des cas (Gilbert Dreyfus) où l'on ne constate aucune lésion de thrombose cérébrale : on doit admettre l'hypothèse d'une *brusque hypotension artérielle* en rapport avec les troubles du rythme provoqués par l'infarctus et suspendant les fonctions encéphaliques par ischémie et anoxie, surtout chez des sujets préalablement atteints d'artériosclérose cérébrale (Worms). Cette brusque hypotension peut d'autre part précipiter l'évolution d'une thrombose sylvienne commençante.

Etudiant l'électrocardiogramme de nombreux malades hospitalisés pour hémiplégie, Bean et Sapadin trouvent 6 cas où l'hémiplégie fut précédée par un infarctus du myocarde, infarctus qui pouvait être soupçonné cliniquement sauf dans deux cas. La réduction brusque du débit cardiaque peut se produire sous le camouflage d'un accident vasculaire cérébral aigu. Si l'état hypodynamique est assez grave et assez durable, il peut s'ensuivre un vasospasme suivi de vasoparalysie et de petites hémorragies confluentes.

Ainsi, les infarctus du myocarde qui ont souvent une symptomatologie fruste, limitée à une chute brutale de la tension artérielle, peuvent prendre le masque d'un ictus cérébral. Aussi a-t-on préconisé, dans tout accident vasculaire cérébral, de ne pas se contenter d'étudier les fonctions cérébrales de l'artério- ou l'électroencéphalographie, mais d'y adjoindre, comme pratique de routine, un électrocardiogramme.

Traumatismes cardiaques

Une autre cause d'hémiplégie par lésion du myocarde, tout à fait exceptionnelle, est celle consécutive au traumatisme fermé du cœur.

Apert et Stevern ont publié le cas d'un coup de couteau précordial ne paraissant pas pénétrant, suivi d'une syncope prolongée. Cinq heures après la reprise des sens, le blessé fit une hémiplégie

avec aphasie que les auteurs rattachent à l'ischémie cérébrale de longue durée.

Nous avons, avec J. Roger, observé un cas analogue.

Une femme, âgée de 27 ans, reçut de son mari jaloux, entre autres traumatismes, un coup de couteau ayant pénétré sur le bord gauche de la partie supérieure du sternum. Elle présente un état subcomateux avec subagitation compliquant une hémiplégie droite complète avec aphasie. Un électroencéphalogramme montre des ondes lentes diffuses gauches prédominant à la région frontale inférieure et postérieure. L'état ne s'améliorant pas, on fait, en raison de la possibilité d'un trauma cranien, un trou de trépanation qui ne montre pas d'hématome. Une ventriculographie est normale, ce qui confirme le diagnostic d'infarctus par embolie. La malade est suivie depuis quatre ans. Elle conserve une hémiplégie importante.

Les Anglo-Saxons ont publié des cas analogues après traumatisme fermé portant sur la partie inférieure de la cage thoracique gauche au cours de sports violents (football, crickett, golf, boxe) surtout chez les enfants ou des individus jeunes dont la souplesse relative de la paroi costale permet le coincement du cœur contre le rachis. Le tableau clinique est celui d'une thrombose coronarienne avec altération du rythme et trouble de la conduction. Pour expliquer cette hémiplégie on a supposé que l'infarctus provoquait un thrombus mural susceptible de se détacher. Expérimentalement chez le chien des traumatismes analogues entraînent des hémorragies sous-endocardiques et sous-péricardiques, ainsi qu'une atteinte du septum interventriculaire, et l'électrocardiogramme rappelle celui de la thrombose coronarienne. Toutefois d'autres pathogénies ont été invoquées : contusion de l'oreillette gauche et lésion du septum interauriculaire, association d'une lésion pulmonaire, embolie graisseuse ayant pris son point de départ dans un broiement costal.

Nous ne voudrions pas quitter l'étude sémiologique des hémiplégies chez les cardiaques sans mentionner l'influence de l'insuffisance cardiaque susceptible d'extérioriser un syndrome pyramidal latent.

J. Lhermitte et Trelles ont observé un malade chez lequel à chaque poussée d'hyposystolie l'examen neurologique, complètement négatif dans l'intervalle, mettait en évidence un signe de Babinski. A l'autopsie il existait de minimes lésions bilatérales de la calotte protubérantielle. Les auteurs incriminent une diminu-

tion de l'oxygénation encéphalique par baisse de la tension systolique.

Inversement, Boisseau a signalé, chez un ancien hémiplégique, la disparition de la contracture, de l'exagération des réflexes tendineux, du signe de Babinski à chaque poussée de dilatation aiguë du cœur.

L'EPILEPSIE DES CARDIAQUES

La question fut surtout posée par le travail fondamental de Lemoine (1887) et la thèse de son élève Le Bel. Elle n'a cessé d'être discutée depuis lors. « Jamais l'épilepsie, disait Huchard en 1905, ne provient d'une cardiopathie et il s'agit presque toujours, pour ne pas dire toujours, de maladies fortuitement associées. » Pareil absolutisme n'a pas été accepté par tous les auteurs.

On a distingué trois types d'épilepsie chez les cardiaques : l'épilepsie qui accompagne l'hémiplégie et est consécutive, en général, à une embolie ; l'épilepsie par troubles du rythme cardiaque, dont le type est la maladie de Stokes-Adams et qui est attribuée à l'anémie cérébrale ; l'épilepsie par insuffisance cardiaque liée à la stase veineuse.

1) Epilepsie des hémiplégiques par embolie cérébrale

Nous ne nous arrêterons pas à ce type, l'ayant envisagé à propos de l'hémiplégie cardiaque. Les phénomènes irritatifs précèdent ou suivent l'installation du déficit pyramidal. Ils évoluent le plus souvent sous forme de crises jacksoniennes ; la crise grand mal ou les équivalents sont plus rares.

2) Epilepsie par troubles du rythme cardiaque entraînant une anémie cérébrale

A) Maladie de Stokes-Adams. — Les pauses ventriculaires dues à la dissociation auriculoventriculaire entraînent suivant leur durée tantôt des vertiges (ou plutôt des éblouissements, des lipothymies), tantôt des syncopes, tantôt des crises convulsives. Les auteurs ne sont pas tous d'accord sur la durée du ralentissement cardiaque nécessaire pour provoquer le paroxysme épilepti-

que. Pour Lewis, une pause de deux à trois secondes entraîne un léger malaise, trois à cinq secondes une perte de connaissance rapide, cinq à vingt des convulsions. Pour Vaquez, à la pause de trois secondes correspond un vertige, à celle de sept à huit une syncope avec chute, à celle de douze à quinze la crise comitiale.

La *fréquence* des accidents convulsifs paraît avoir autrefois été surestimée, la syncope étant l'accident le plus fréquent. Un malade d'Olmer, Buisson, Audier et Monges ne présenta en cinq ans que trois crises comitiales, à côté de syncopes plus nombreuses.

Les crises se déroulent habituellement suivant le type *grand mal*. Exceptionnellement, la symptomatologie se réduit à des absences ou au contraire prend le type d'état de mal.

Il est classique de dire que les crises convulsives peuvent s'intriquer avec une syncope qui les précède, mais la distinction entre chute par syncope et chute comitiale est souvent difficile. Une éventualité, qui est exceptionnelle pour les crises comitiales essentielles ou symptomatiques, est au contraire assez fréquente pour l'épilepsie de Stokes-Adams : c'est la terminaison par l'exitus.

Rapporter la crise comitiale à sa cause est facile quand le malade est connu comme atteint depuis longtemps d'un pouls lent permanent. Mais souvent au début la dissociation auriculoventriculaire s'installe sous forme de paroxysmes passagers et successifs. Dans cette éventualité, la survenue d'un accident comitial en sera la première manifestation. Comme on n'aura pas assisté au ralentissement du pouls, le *diagnostic* étiologique ne pourra être alors affirmé. Aussi, dans tout cas d'épilepsie de l'adulte qui ne fait pas sa preuve, on conseille d'enregistrer non seulement un électroencéphalogramme, mais encore un électrocardiogramme, qui pourra parfois, dans l'intervalle des accès bradycardiques, déceler un allongement de P.R.

Dans le Stokes-Adams la crise n'est pas toujours due à la pause ventriculaire. On l'a vue en relation avec une fibrillation ventriculaire, avec une bradycardie extrême.

Le mécanisme habituellement invoqué pour expliquer la crise est celui de l'*anémie cérébrale* résultant de la pause ventriculaire. Mais ce simple arrêt de l'irrigation cérébrale ne semble pas toujours suffisant. Il existe en effet bon nombre de pouls lents permanents avec bradycardie cependant intense qui sont admirablement tolérés et sont parfois des surprises d'examen. Les accidents nerveux apparaissent surtout au début de la maladie quand la dissociation s'installe, quand elle est encore incomplète.

Plus tard, le cerveau s'habitue à ces troubles circulatoires et ne réagit plus. Dans ces conditions, un Stokes-Adams à évolution très lentement progressive peut être exempt de tous troubles. Pour Langeron, la syncope ou les convulsions du Stokes-Adams ne seraient pas dues à l'ischémie cérébrale provoquée par la pause ventriculaire, mais à des phénomènes réflexes vasomoteurs, nés de ces troubles même de la conduction, mais qui se limiteraient à la circulation encéphalique, y provoquant peut-être un spasme (Uréchia).

B) D'AUTRES TROUBLES DU RYTHME pourraient provoquer la même anoxie cérébrale. Il suffirait parfois d'un simple allongement du temps de conduction auriculoventriculaire chez des cardiaques décompensés, ou bien encore d'une bradycardie sinusale sans dissociation auriculoventriculaire (Olmer, Buisson et Audier). Certaines crises de tachyarythmie (250 battements dans un cas de Debove), certains cas de flutter auriculaire, de fibrillation ventriculaire, de tachycardie ventriculaire, exceptionnellement de tachycardie paroxystique type Bouveret sont parfois en cause.

A côté des épilepsies par lésion du cœur, il y a lieu de rappeler et d'opposer les épilepsies à manifestations cardiaques tachycardiques. Chez un homme, âgé de 45 ans, dont les quatre crises comitiales étaient survenues au cours d'un coït et qui ne s'accompagnaient dans l'intervalle d'aucune modification de l'électrocardiogramme, Legrand, Desrueiles et Campagne invoquent ce mécanisme.

3) Epilepsie par insuffisance cardiaque (stase veineuse cérébrale)

Un autre type d'épilepsie cardiaque est celui qui complique une décompensation du myocarde au cours d'une lésion mitrale ou aortique, au cours d'une atteinte du muscle, ou même au cours d'une lésion médiastinopéricardique (Rouslacroix, Zuccoli et Trabuc). Les crises suivent le rythme des poussées d'hypo- ou d'asystolie. Un cardiopathe artériel observé par Oddo et Mattéi fait, après une période de troubles du caractère, un véritable état de mal épileptique au cours d'une poussée d'hypertension avec fléchissement cardiaque. Il présente ensuite de nouvelles crises nerveuses et des fugues pour chaque fatigue physique, pour chaque écart de régime entraînant une crise d'hyposystolie. Au contraire, les paroxysmes disparaissent par le repos, la diète, les

tonicardiaques. Lian a publié des cas analogues où un rétrécissement mitral décompensé évoluait avec une arythmie complète. Dans quelques cas exceptionnels (Halbron), la crise comitiale, si elle est intense ou prolongée, peut accentuer l'insuffisance cardiaque.

Parfois le fléchissement cardiaque ne se manifeste que par des crises nerveuses, *asystolie cérébrale à forme épileptique*, améliorée ou guérie par un traitement uniquement tonicardiaque. Le diagnostic ne sera fait alors que par un électrocardiogramme, plus important en pareil cas que l'électroencéphalogramme.

Aux crises motrices peuvent s'intriquer des équivalents mentaux à type de colères, de fugues. Mais de tels troubles psychiques ne doivent pas toujours être rapportés à la comitialité et relèvent plutôt des états psychopathiques consécutifs à l'asystolie, obnubilation intellectuelle, délire, etc...

Il y a lieu d'en rapprocher les convulsions accompagnant les crises d'asphyxie cérébrale aiguë des cardiopathes congénitaux, survenant à l'occasion d'un effort, d'un sanglot et pouvant entraîner la mort. Nous avons déjà signalé les crises jacksoniennes consécutives à une embolie cérébrale chez les malades bleus.

Mécanisme. — Ces crises sont rattachées par les classiques à la *stase veineuse encéphalique*. Mais leur nature purement hyposystolique est de plus en plus battue en brèche. Combien d'insuffisants cardiaques ne font jamais de crises convulsives par rapport au nombre infime de cardiopathes qui font des paroxysmes épileptiques. Aussi a-t-on incriminé d'autres facteurs surajoutés.

Certains ont pensé à un spasme artériel encéphalique. Pour Riser, Planques et Petit, pour Dereux, une *crise brusque d'hypotension artérielle* provoquerait dans la circulation cérébrale un déséquilibre dont l'installation brutale engendrerait les convulsions.

Pour d'autres une insuffisance rénale à type azotémique, si habituelle chez les cardioartériels, ou un mauvais fonctionnement du foie, si fréquent chez les cardiaques décompensés, serait en cause. Un processus d'autointoxication, surajouté aux désordres circulatoires et à des influences réflexes, serait pour Oddo et Mattéi le véritable mécanisme.

Une intoxication exogène, en particulier l'alcool, joue un rôle non négligeable.

Il est important de rechercher avec attention, dans les antécédents : s'il n'existe pas de *crises comitiales antérieures* ayant

précédé l'état cardiaque ; si le malade n'a pas eu une encéphalopathie infantile, un trauma obstétrical pouvant avoir créé un *locus minoris resistentiæ ;* si on ne trouve pas des ascendants ou des collatéraux épileptiques (Primak). Un malade de D. Olmer, Bertier et J. Olmer, âgé de 64 ans, avait fait à l'adolescence des crises comitiales non douteuses, mais passagères ; 44 ans après leur disparition complète, il fit de nouvelles crises au cours des troubles du rythme cardiaque impressionnants par leur instabilité.

On n'oubliera pas de mettre tout en œuvre, examen neurologique complet, fond d'œil, radiographie cranienne, électroencéphalographie, artériographie et si nécessaire ventriculographie, pour dépister une tumeur cérébrale, cause banale d'épilepsie de l'adulte.

Une opinion actuellement très répandue est que l'épilepsie cardiaque, survenant chez les gens âgés, n'aurait pas d'autre étiologie que la plupart des épilepsies tardives, une *artériosclérose,* qui ici s'attaquerait à la fois au cœur et au cerveau.

Un certain nombre de ces malades sont des cardiorénaux hypertendus et leurs crises sont dues soit à des foyers malaciques, soit à l'hypertension intracranienne d'origine artérielle. Pour Mathieu et Hadot, un tiers des épilepsies cardiaques est dû à la polyathéromatose qui frappe à la fois, et à des degrés divers, les artères du myocarde et celles de l'encéphale.

Oddo distingue deux sortes d'épilepsie chez les cardiaques : celle des cardiaques jeunes valvulaires compliqués d'hypo- ou d'asystolie, celle des cardiaques âgés atteints de myocardite scléreuse et d'artériosclérose cérébrale. Il range pareils troubles encéphaliques dans le groupe des « sympathèses », dénomination qui comporte le retentissement du fonctionnement d'un organe sur un autre (sympathèse cérébrocardiaque).

Une autre pathogénie de l'épilepsie cardiaque a été envisagée, celle de la concomitance des lésions à la fois valvulaires et cérébrales laissées par la *maladie de Bouillaud* (J. Decourt).

Tel un cas de cet auteur où les crises survinrent quelques semaines après un rhumatisme articulaire aigu accompagné de troubles cérébraux graves avec délire. La chorée pourrait jouer le même rôle. A côté du rhumatisme cérébral typique on connaît de mieux en mieux les manifestations encéphaliques plus ou moins atypiques qui accompagnent une polyarthrite aiguë : désordres cliniques, ou simples, mais graves, dérèglements de l'électrogénèse cérébrale décelés par l'électroencéphalogramme. Euzière, Cas-

tagné, Lafon et Mlle Bougarel ont observé un état de mal épileptique révélateur de la maladie de Bouillaud, qui fut suivi d'un syndrome de dissociation auriculoventriculaire, puis de fièvre et d'arthralgies.

Le domaine de l'épilepsie d'origine purement cardiaque se rétrécit donc de plus en plus. Il faut un seuil épileptique abaissé par une sensibilisation quelconque, réalisant une épilepsie infraclinique, pour qu'un phénomène de rappel soit susceptible de déclencher la crise. Avant d'accepter le diagnostic d'épilepsie par hyposystolie, il faut éliminer attentivement toutes les coïncidences et tous les cas où épilepsie et cardiopathie, sans dépendre l'une de l'autre, relèvent d'une cause commune (Abadie). Suivant la formule heureuse de Parisot, « une cardiopathie peut extérioriser une crise épileptique, mais non engendrer l'épilepsie ».

Il ne semble pas que l'électroencéphalogramme ait été fréquemment étudié en pareil cas.

Le professeur Le Grand (de Lille), et ses collaborateurs, ont enregistré à la fois l'électroencéphalogramme et l'électrocardiogramme de cinq cas d'épilepsie compliquant diverses affections cardiaques : dissociation auriculoventriculaire, tachyarythmie, salves extrasystoliques, angine de poitrine. L'électroencéphalogramme a été trouvé anormal dans un seul cas ; chez un valvulaire mitral âgé de 51 ans, l'épreuve de la stimulation lumineuse intermittente déclenchait une dysrythmie généralisée type grand mal. Ce malade avait, depuis l'âge de 20 ans, des syncopes avec obnubilation intellectuelle. Une chorée de Sydenham, survenue à l'âge de 6 ans, était probablement responsable à la fois des lésions encéphaliques et cardiaques.

Dans un cas de Lian, l'électroencéphalogramme, quoique pathologique, n'était pas caractéristique de la condition comitiale ; dans un autre cas, le tracé était suspect d'une atteinte de la zone pariétale droite et les anomalies disparurent après le traitement.

Chez les cardiaques en état de décompensation, on trouve rarement des anomalies que l'on puisse rattacher à l'anoxie cérébrale (Euzière, Passouant et Latour).

L'épilepsie chez les cardiaques ne doit pas être confondue avec la *forme cardiaque de l'épilepsie* qui rentre dans le groupe des épilepsies dites viscérales, ou plutôt à manifestations pseudo-viscérales.

Le malade éprouve une sensation d'angoisse avec tachycardie ou bradycardie, dyspnée, nausées, pâleur de la face. Parfois même la douleur pseudoangineuse s'accompagne, comme nous en avons observé un cas très net, d'un retentissement brachial. De tels malades sont pris pour des cardiaques jusqu'au jour où une crise grand mal vient éclairer le diagnostic ou jusqu'à ce qu'un neurologue averti mette le malade à la médication antiépileptique.

Fait assez curieux, Euzière, Pagès et Marchand ont observé quatre cas de comitialité banale dont l'auscultation au cours de la crise révélait un rythme de rétrécissement mitral pur, fonctionnel, que les auteurs rattachent avec Bard à certains facteurs physiques : vitesse, densité, viscosité du sang. Cette épilepsie avec manifestations sthétacoustiques pourrait être facilement confondue avec une épilepsie par sténose mitrale.

Pour en terminer avec cette question des relations de l'épilepsie et du cœur, mentionnons les travaux de Neuburger sur la fréquence des lésions du myocarde chez les comitiaux. Chez les comitiaux âgés, l'association d'une sclérose des coronaires et des artères cérébrales s'explique facilement. La constatation chez les comitiaux jeunes de petits infarctus, de plages de sclérose myocardique ressortirait à des spasmes coronariens au cours de la crise convulsive, au défaut d'adaptation du cœur aux besoins considérables d'oxygène que peut exiger une série de crises subintrantes.

LES TROUBLES PSYCHIQUES DES CARDIAQUES

Cette question fut longtemps débattue par les anciens auteurs qui avaient créé le terme de folie cardiaque.

A Marseille, Augustin Fabre lui avait réservé un important chapitre de ses relations pathogéniques des centres nerveux. Cullerre, alors médecin-chef à l'asile St-Pierre, avait dans le *Marseille médical* (1880) consacré un article au rôle des lésions cardiaques chez les aliénés. Léon d'Astros, qui devait ultérieurement être professeur de clinique médicale infantile à notre Ecole, était alors interne de nos hôpitaux quand il alla soutenir à Paris en 1881, sous la présidence de Lasègue, une thèse sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques.

L'heure était déjà aux statistiques, mais, comme bien des fois, les auteurs n'étaient pas d'accord sur la fréquence des maladies

du cœur chez les aliénés, qui allait d'un sixième des cas (Bayle) jusqu'à 1/150e. Burman, sur 500 autopsies d'asile, constate 175 fois la coexistence d'anomalies valvulaires et sur 680 examens cliniques, 53 fois un bruit de souffle. D'Astros, auscultant 300 à 350 pensionnaires de l'asile St-Pierre, trouve fréquemment des altérations sthétoscopiques minimes, mais rarement des signes d'insuffisance mitrale, de rétrécissement mitral ou aortique.

D'Astros a le soin d'éliminer les coïncidences pures, les prédispositions antérieures, les délires médicamenteux dus par exemple à la digitale, les conditions de vie du malade. Il met en exergue de son travail l'un de ces aphorismes auxquels excellait Peter : « Le cœur physique est doublé d'un cœur moral. »

Il établit ce qu'on serait tenté d'appeler de nos jours le profil mental des deux principaux types de cardiaques. L'*aortique* est impressionnable, capricieux, et fantasque, émotif, sujet aux sautes d'humeur. Le *mitral* est peu expansif, vivant peu en dehors, pensif, morne, taciturne, parfois plongé dans une sombre mélancolie. Nous dirions de nos jours l'un est du type extroversif, l'autre introversif, l'un plutôt excité, l'autre plutôt déprimé.

Tous deux sont de caractère difficile et sujets aux colères. Mais chez l'aortique les mouvements d'humeur durent peu, c'est un rageur en terme vulgaire. Le mitral est toujours mécontent, c'est un grincheux et ses colères peuvent le porter aux injures, aux coups. « Le cardiaque aortique a des colères de nerveux, le mitral des emportements de sanguin. Le cardiaque aortique est un artériel, le cardiaque mitral un veineux. Le premier est un anémique, un blanc, le second un congestif, un bleu ».

Si les troubles cardiaques s'accentuent, l'aortique souffre rapidement d'une fatigabilité intellectuelle (avec troubles de la mémoire surtout) et parfois un véritable état démentiel s'installe. A côté de l'anémie cérébrale il faut toutefois faire jouer un rôle chez lui à l'athéromasie des artères de la base.

C'est surtout chez le mitral qu'apparaît la *folie cardiaque*, à titre de dépression, de lypémanie, de mélancolie, à laquelle se surajoutent parfois des signes d'irritabilité avec hallucinations surtout de la vue, avec impulsions parfois au suicide. Les troubles dus à la stase veineuse qui diminuent l'oxygénation du cerveau suivent une marche parallèle aux poussées d'asystolie.

Bien des cardiaques meurent ayant conservé leur conscience. Il n'est pas rare cependant que le coma terminal soit précédé, pendant quelques jours, d'un délire nocturne, tranquille, calme, à

type de rêvasserie, parfois au contraire violent et d'allure bruyante sur lequel Corvisart avait déjà insisté et qui constitue un élément fâcheux de pronostic.

On nous excusera d'avoir longuement résumé ce travail vieux de trois quarts de siècle, mais qui reste capital. Car peu d'auteurs sont revenus sur cette question.

Laubry a insisté sur le déséquilibre nerveux des aortiques artériels, sur la sensibilité exagérée des mitraux, repliés sur eux-mêmes, ménagers de tout effort mental comme de tout effort physique. Il en est de même des cardiaques bleus par cardiopathies congénitales.

Au cours de l'insuffisance circulatoire chronique, le plus souvent d'origine cardiaque, Levinson a distingué : des phénomènes mineurs à type d'inquiétude, de nervosisme, d'insomnie, et des troubles majeurs : les uns à type d'excitation (délire onirique, hallucinations, agitation parfois dangereuse, refus de soins) ; les autres à type d'indifférence, de somnolence, d'obnubilation, de confusion, les deux syndromes pouvant être intriqués.

Diverses considérations se dégagent de l'ensemble des travaux sur les troubles psychiques de l'insuffisance cardiaque.

Le cerveau cardiaque se traduit par une symptomatologie qui n'est pas spécifique, obnubilation intellectuelle et état confusionnel, mais ceux-ci progressent à mesure que la décompensation s'accentue. Le délire, de type variable, dépend plus de la personnalité du malade que de la nature de sa lésion valvulaire.

Les poussées évolutives coïncident d'une manière très étroite avec les crises d'hyposystolie, s'installent avec elles, rétrocèdent rapidement avec la médication tonicardiaque.

Les troubles psychiques ne dépendent pas tous de la *stase veineuse*. Il faut assez souvent faire jouer un rôle à l'*insuffisance hépatique* ou *rénale*, si fréquente chez ces malades, parfois à un facteur basedowien (André, Alliez et Poujol). Des facteurs exogènes, toxiques (*alcool*) ou purement psychiques (chocs affectifs), des facteurs endogènes (hérédité, constitution morbide), conditionnent ou sous-tendent le contenu du délire.

Assez rares sont les cas où les troubles mentaux sont au premier plan.

Worms avait décrit une *forme psychique de l'infarctus du myocarde* à propos d'un cas où un état confusionnel fit penser à une urémie nerveuse, les signes circulatoires étant au second plan. Un des principaux symptômes de cette forme est une anxiété très anormale. Un degré de plus et c'est une désorientation dans le

temps et dans l'espace, des troubles de l'humeur, une indifférence du patient pour sa maladie cependant grave et qu'il néglige complètement. Un degré de plus et c'est une véritable psychose avec agressivité et tendance autodestructive. L'hypotension, des spasmes cérébraux, de l'œdème ont été incriminés pour expliquer ces troubles (Chaia).

N'oublions pas de mentionner les formes psychiques de l'endocardite maligne à marche lente, où le tableau se complique parfois de troubles parétiques (Pagès, Vidal, Lemierre, Debré).

En dehors de ces cas d'endocardite rhumatismale pouvant se compliquer d'hémiplégie ou d'autres lésions en foyer par embolie, il en est d'autres où, chez d'anciens rhumatisants atteints de lésions cardiaques, on trouve des troubles cérébraux plus diffus, à forme psychique, variables suivant la personnalité et l'âge du malade, prenant parfois l'aspect schizophrénique (Bruetsch). A l'autopsie, on trouve l'oblitération artérielle de petits vaisseaux méningés et corticaux, avec ramollissement micro- ou macroscopique du cortex. Il s'agirait de manifestations tardives de la *maladie rhumatismale,* un peu analogues à celles qu'on voit dans la maladie de Burger. Ces troubles et ces lésions auraient été rencontrés chez 5 % des malades hospitalisés dans les services psychiatriques.

A côté du *rhumatisme cérébral,* bien décrit par Trousseau, et qui coexiste souvent avec l'installation d'endomyocardite, il est d'autres formes de maladie de Bouillaud à manifestations neuropsychiques moins spectaculaires. Vers la fin de l'évolution de leur maladie rhumatismale avec rhumatisme cardiaque, de pareils malades présentent, sans poussée fébrile, un état d'hyperexcitabilité avec anxiété ou prostration, de l'asthénie avec insomnie, pendant plusieurs jours, avant qu'ils ne tombent dans un coma terminal plus ou moins brusque avec contractions musculaires étendues et parfois déviation des globles oculaires. A l'Institut de cardiologie de Mexico, Costéro et ses collaborateurs trouvent 107 fois sur 151 autopsies « un encéphale juteux, dont le tissu nerveux était imbibé de liquide, sans qu'on puisse parler d'un véritable œdème, dont les vaisseaux méningés et encéphaliques étaient dilatés et congestionnés, avec fines hémorragies annulaires de l'écorce ou de la substance blanche ».

Costéro, au cours des poussées aiguës de rhumatisme articulaire aigu, a constaté dans l'encéphale de fines lésions microscopiques des capillaires sanguins et des lésions de la névroglie, en

particulier de la microglie. Ces foyers de microglie, ramifiée dans la substance grise au voisinage de neurones dégénérés, sont assimilés par cet auteur aux nodules d'Aschoff et attribués à des réactions hyperergiques.

La prise systématique d'électroencéphalogramme au cours des poussées évolutives de la maladie de Bouillaud a montré, à un certain nombre d'auteurs, d'importants troubles de l'électrogénèse.

Il ne faut pas négliger, d'autre part, les préoccupations morales causées par l'affection cardiaque.

On connaît la fréquence des *cardionévroses,* les fonctionnels étant beaucoup plus nombreux que les organiques. Mais souvent il y a intrication du fonctionnel et de l'organique, comme l'ont montré les études psychosomatiques (Dreyfus, Moreau). Une névrose à type d'hyperémotivité, d'anxiété, due à un choc affectif banal, s'installe par exemple chez un cardiaque bien compensé qui ignore sa lésion. Un médecin consciencieux ausculte avec attention ce patient et découvre un souffle mitral organique. Pour peu que cette révélation soit faite à la malade sans ménagements et que le terrain soit prédisposé, un véritable état phobique s'installe. D'autre part, il peut y avoir majoration ou persévération névrotique des signes de souffrance cardiaque réelle. Une malade de Weiss et English, furieuse d'avoir été présentée à un groupe d'étudiants, retourne à son lit, pousse des cris effrayants, se roule par terre d'une manière théâtrale, se plaignant horriblement du cœur : l'électrocardiogramme, immédiatement pratiqué, montre cependant qu'un infarctus myocardique a été la conséquence d'une vive émotion. Il faut savoir reconnaître parfois, derrière un tableau fonctionnel très grave, un état cardiovasculaire qui ne le justifie pas. Enfin des traumatismes moraux, conscients ou inconscients, ont parfois un retentissement dramatique dans le domaine cardiovasculaire. Dans de pareilles circonstances, il est capital de pouvoir dissocier les troubles psychiques dus à l'insuffisance cardiaque et ceux d'ordre névrotique.

Nous ne connaissons que peu de travaux électroencéphalographiques concernant l'insuffisance cardiaque. Stuhl, Mlle Cloche et Kartis ont étudié 29 cardiaques arrivés au stade de la cyanose. Chez 14 d'entre eux il existe des modifications du tracé, soit légères (2 cas), soit à type de ralentissement et de labilité du rythme (12), avec ondes delta chez 9 d'entre eux. Des modifi-

cations réversibles suivent l'amélioration clinique. On pourrait en tirer des indications pronostiques. Sur 7 malades à tracé normal, 4 ont pu sortir de l'hôpital assez rapidement, des 14 autres, 5 sont décédés, les derniers sont stationnaires.

Pour mieux illustrer l'interréaction entre cœur et cerveau, nous ne pouvons mieux faire en terminant que de rapporter deux statistiques.

Dozzi, sur 343 cas de maladies cardiaques, trouve une complication cérébrale dans 116 cas (33,8 %).

De leur côté, sur 542 autopsies de troubles vasculaires cérébraux paraissant primitifs (315 ramollissements et 217 hémorragies), Wilson, Rupp, Riggs et Wilson constatent une lésion cardiovasculaire dans presque tous les cas. Si l'hypertension artérielle constitue la grande majorité, on trouve 46 cardiopathies syphilitiques, 35 cardiopathies rhumatismales, 22 coronarites, 26 endocardites subaiguës, 5 péricardites chroniques adhésives, 38 dégénérescences chroniques du myocarde. 305 de ces malades avaient été soignés pour décompensation cardiaque (dyspnée, œdèmes périphériques) ; chez d'autres, l'autopsie montrait des infarctus anciens du cœur ou des viscères. Certains d'entre eux avaient présenté, à l'entrée à l'hôpital, des troubles du rythme, une hypotension systolique, des œdèmes ou un gros foie.

Pareille intrication des signes cérébraux et cardiaques doit inciter le praticien à se montrer prudent dans la thérapeutique préventive et curative des accidents cérébraux vasculaires. Comme Lereboullet y a insisté à diverses reprises, il ne faut pas s'obstiner à vouloir faire baisser la tension artérielle de pareils malades ; car on risque d'aggraver leur déséquilibre circulatoire. Prescrire *larga manu* les anticoagulants conduit parfois à des catastrophes. Par contre, il est souvent utile de prescrire des tonicardiaques aux hypertendus. Cette pratique leur évitera d'arriver au stade de décompensation cardiaque et sera la meilleure prophylaxie des complications vasculaires cérébrales qui les emportent.

L'EMPLOI DES NEUROPLEGIQUES EN PSYCHIATRIE

PAR

P. COSSA, H. BOUGEANT et A. LOMBARD (de Nice)

On sait comment les travaux de Laborit sur l'hibernation et l'anesthésie potentialisée ont conduit à la recherche et à la mise au point de substances neuroplégiques, qui toutes sont des amines dérivées de la phénothiazine. L'une d'elles, le 4560 R.P., a été déjà assez largement expérimentée en psychiatrie. Nous n'avons pas ici d'autre prétention que de relater, après divers auteurs, notamment Mme Deschamps, MM. Delay, Deniker et Harl, M. Follin, MM. Hamon, Paraire et Velluz, quelques observations assez démonstratives (1).

Notre technique est exactement celle qu'ont employée M. J. Delay et ses collaborateurs. Pour mieux juger de l'action du produit, nous l'avons autant que possible employé seul. Rarement, nous avons dû lui associer de faibles doses de barbiturates, ou de phénergan. Nous n'avons jamais associé les barbiturates à des doses suffisantes pour réaliser par eux-mêmes une vraie cure de sommeil ; encore moins les chocs électriques ou le dolosal. Nous avons par contre (sauf dans un cas) maintenu nos malades dans un alitement, un isolement, un silence, une obscurité strictement observés..., conditions qui rendent l'emploi de la méthode difficile en milieu hospitalier.

Disons tout de suite que la dose moyenne a été de 150 milligrammes par jour. Nos constatations en ce qui concerne les variations de l'état hypnique, celles de la température, du pouls, de la tension artérielle, sont exactement superposables aux observations de nos devanciers. Comme eux, nous devons insister sur la nécessité de diluer chaque ampoule dans 3 cc. de sérum phy-

(1) Notre expérience des ganglioplégiques et neuroplégiques en neurologie nous fait par ailleurs entrevoir des réalisations singulièrement riches.

siologique, additionné de quelques gouttes de scurocaïne, si l'on veut que l'injection intramusculaire ne soit pas exagérément douloureuse.

I. — Manie aiguë

Nous avons traité six malades. Tous ont guéri de leur crise dans les vingt-cinq jours de traitement. Nous rapportons deux observations qui nous paraissent particulièrement démonstratives. La première, parce que la crise durait depuis six mois et qu'elle avait résisté à toutes les thérapeutiques. La seconde, parce qu'il s'agissait d'une rechute immédiate après rémission apparente due aux chocs électriques. Mais nous avons obtenu des résultats analogues dans des crises traitées dès leur début et notamment dans deux cas où l'excitation maniaque était survenue au cours d'une crise mélancolique traitée par les chocs électriques.

1) *M. L..., 54 ans,* entre à la clinique en avril 1952 pour un accès maniaque typique. Dans ses antécédents, on note trois accès maniaques. Le dernier accès, particulièrement tenace, s'était manifesté il y a deux ans et, après un traitement par électrochocs et chocs insuliniques humides, la guérison avait permis au malade de reprendre sa profession d'architecte.

Le 19 avril, on commence une cure de Sakel, à laquelle on va ajouter des électrochocs : en tout quinze. La cure insulinique comportera soixante comas d'une heure. Elle sera terminée le 31 juillet. Pendant longtemps, les manifestations maniaques persistent aussi accentuées, ainsi que le mauvais état général du malade. Puis un amendement s'amorce et se développe. Mais l'on a l'impression d'une déchéance du niveau psychique général.

Le 14 juillet se produit une rechute telle que l'on envisage l'éventualité d'une leucotomie. On commence cependant une deuxième cure de Sakel : premier coma le 3 septembre ; en tout la deuxième cure comprendra quarante-sept comas. Devant l'absence d'amélioration, on commence un traitement par le 4560 R.P., le 6 novembre 1952 : injection intramusculaire de 0 gr. 076 le premier jour ; trois fois 0,038 le deuxième ; trois fois 0,038 le troisième ; 0,138 le quatrième. Ensuite, le malade reçoit 0 gr. 150 par jour pendant vingt et un jours. On diminue alors progressivement chaque jour : 0,120 ; le lendemain, 0,114 ; puis 0,075 et 0,050. On termine en donnant des comprimés : six par jour pendant cinq jours ; cinq par jour pendant deux jours ; quatre par jour pendant deux jours ; enfin, trois, puis deux, deux, un, un par jour. Le 20 décembre, le traitement est terminé.

Les huit premiers jours, on note une somnolence profonde du malade. La reprise de l'alimentation est rapide. L'amélioration des

manifestations maniaques met un certain temps à se manifester, mais elle s'établit nettement et, à sa sortie de la clinique, M. L... est calme. L'amélioration se poursuit ensuite. Lors d'une visite qu'il nous fait, en février 1953, on a même l'heureuse surprise de constater que l'affaiblissement psychique global est beaucoup moins marqué que l'on avait cru le constater.

2) *M. de L..., 47 ans.* D'après la famille, normal jusqu'à l'âge de 40 ans. En 1946, premier accès maniaque, qui récidive dans l'année. Les deux épisodes sont traités en clinique.

En 1952, reprise de l'état maniaque. Un traitement par électrochocs donne un semblant de rémission, et le malade vient à Nice sur les conseils de son médecin.

Dans la nuit du 17 au 18 décembre 1952, soit quarante-huit heures après l'arrivée : rechute violente de l'accès maniaque qui amène le malade à la clinique. A l'entrée, on calme la grosse excitation psychomotrice par deux électrochocs, puis on commence un traitement par le 4560 R.P. On fait des injections intramusculaires de 0 gr. 112 par jour les deux premiers jours. On continue les injections à la dose de 0 gr. 150 par jour pendant vingt-quatre jours. On diminue ensuite la dose journalière : 0 gr. 112, 0,075, 0,050, 0,050. On termine le traitement par des comprimés donnés à doses journalières décroissantes : six, cinq, quatre, trois, deux, deux.

A la sortie du malade, le 4 février 1953, la rémission est certaine. Dans le mois suivant, les visites du malade nous confirment la guérison.

II. — Etats dépressifs

La crise mélancolique banale cède trop bien aux traitements classiques pour que l'on soit tenté d'y employer les neuroplégiques. Nous l'avons cependant essayé chez deux malades.

1) La première est une dame, *Mme F..., 60 ans.* Deux crises antérieures ont été traitées par électrochocs, mais des incidents mécaniques empêchent de recommencer. La crise actuelle, toute banale, est récente et remonte à trois mois. Vingt-cinq jours de traitement aux mêmes doses que chez les malades précédents ont amené la sédation.

2) Le second malade est moins démonstratif. Il s'agit d'un cas assez particulier de paroxysme dépressif intense et prolongé, survenu au cours d'un état phobique. Le malade n'a été qu'amélioré légèrement par le 4560 R.P. Par contre, ultérieurement, insuline et chocs électriques ont fait disparaître le paroxysme dépressif et grandement amélioré l'état phobique.

M. G..., 44 ans, entre à la clinique le 10 novembre 1952, pour un état phobique, surtout vis-à-vis du D.D.T. et d'autres produits insecticides, dont des « traces » déterminent chez lui tout un cortège de manifestations fonctionnelles, attribuées par lui à un mécanisme allergique. Petit à petit, le malade sombre dans un état de dépression anxieuse. Il abuse des hypnotiques, et finit par prendre huit à dix comprimés de sonéryl chaque soir, sans préjudice des drogues qu'il absorbe dans la journée. Au moment de son entrée à la clinique, il vit depuis trois mois cloîtré dans une chambre.

Des narco-analyses pratiquées au cours de l'hospitalisation montrent par la suite que ses parents ont donné eux-mêmes à M. G..., dans son enfance, une tendance phobique. Cette particularité a trouvé un milieu favorable à son développement dans un deuxième mariage de M. G... avec une psychopathe présentant des manifestations identiques. L'atmosphère de cette union était devenue intenable pour M. G..., qui a dû se séparer de sa deuxième femme.

On commence une cure de 4560 R.P. le 18 novembre : trois fois trois quarts d'ampoule le premier jour ; trois fois une ampoule par jour, du 19 au 22 novembre. On continue les injections intramusculaires à la dose de trois fois une ampoule un tiers pendant trois jours; trois fois une ampoule et demie pendant 18 jours ; enfin, on diminue la dose journalière : une ampoule ; trois quarts d'ampoule ; une demi-ampoule ; un tiers d'ampoule. On termine par l'administration de comprimés à doses journalières décroissantes : six, six, quatre, deux. Ce traitement diminue nettement l'anxiété ; mais il ne suffit pas à ramener le sommeil, ni à faire disparaître la plus grosse part de l'élément phobique.

Le 22 décembre, on commence une cure de chocs insuliniques (avec vingt comas), à laquelle on ajoute la sismothérapie. Les narco-analyses sont poursuivies. Ce traitement produit une amélioration très sensible. Le malade dort, n'a plus de réactions anxieuses. Il reprend sa vie sociale et professionnelle. Ses obsessions-phobies sont à peine gênantes. Sur notre conseil, il se confie à un psychanalyste.

III. — Accidents pithiatiques

Il nous a été donné d'utiliser les ganglioplégiques dans deux cas d'accidents pithiatiques.

1) Le premier était tout à fait typique et simple :

Mme Z..., 28 ans, nous est envoyée pour « hoquet épidémique ». En fait, cette jeune femme présente des secousses des muscles du tronc qui s'accompagnent d'une sorte de bruyante éructation. Le rythme est absolument régulier, à trente par minute. Les accidents disparaissent dès que l'attention de la malade est sollicitée. Une rapide enquête

révèle, dans les jours précédents, l'existence d'un choc affectif, que la malade a dû dissimuler à l'entourage. Quarante-huit heures d'hospitalisation n'ayant pas fait disparaître le syndrome, on entreprend une cure de 4560 qui durera six jours. Tout disparaît dès le second jour (seule observation où la cure ait été faite en salle commune).

2) Le second était moins pur en raison des antécédents de la malade :

Mlle F..., 28 ans, avait été hospitalisée à la clinique une première fois en octobre 1951 pour un état schizophrénique. On avait institué une cure de Sakel (45 comas). Les signes de dissociation avaient progressivement diminué et à sa sortie la malade était nettement améliorée. Le nettoyage des manifestations pathologiques mettait en évidence une oligophrénie et des tendances réactionnelles H. Après cet épisode, la malade avait repris sa vie habituelle. Elle n'a jamais eu d'activité sociale efficiente, et sans doute le rôle dominateur de la mère entre-t-il pour beaucoup dans cette défaillance.

Le 13 décembre 1952, Mlle F... entre de nouveau à la clinique avec un tableau différent : ce sont les manifestations pithiatiques qui dominent. Un élément anxiété est également noté. Mais on ne peut pas mettre en évidence de signes de dissociation.

La malade subit une série de vingt-cinq chocs insuliniques sans que son comportement soit modifié. Le 15 janvier 1953, on commence un traitement par le 4560 R.P. : 1/4 ampoule × 3 le premier jour ; 1 ampoule × 3 le deuxième. On continue cette dose pendant sept jours. Puis on diminue : deux fois une ampoule et une ampoule le lendemain. Enfin, doses décroissantes de comprimés : six par jour, quatre, trois, deux, un. Le traitement est terminé le 30 janvier.

La malade quitte la clinique améliorée d'une façon nette. Deux mois de repos à la campagne confirment la solidité de cette rémission.

IV. — Toxicomanies

On sait la difficulté que certaines toxicomanies par les succédanés de la morphine opposent au médecin : le sevrage n'est pas difficile. Mais ces sujets ne dorment plus.

Dans un cas de toxicomanie à l'eubine, nous avons obtenu un résultat excellent.

Mme A..., 32 ans, est ramenée à la clinique le 11 février 1953, pour une quatrième cure de désintoxication. La troisième cure de désintoxication (morphine) avait également été pratiquée à la même clinique en juillet 1952. Cure classique, qui avait amené la guérison. Alors qu'autrefois il s'agissait de morphine, maintenant la malade est

intoxiquée à l'eubine. Parce que l'on connaît la difficulté exceptionnelle que l'on éprouve à faire dormir les eubinomanes, on se décide à associer d'emblée le 4560 à la cure classique.

On commence par une demi-ampoule le premier jour. Puis trois fois une ampoule par jour, les deux jours suivants. Les injections intramusculaires sont continuées à la dose de trois fois une ampoule et demie par jour pendant treize jours. Les doses journalières intramusculaires sont diminuées : trois fois une ampoule le 2 mars ; trois fois trois quarts d'ampoule le jour suivant. On termine le traitement par l'administration de doses journalières décroissantes de comprimés : six, cinq, quatre, trois, deux un.

Au début du traitement, Mme A... accuse des algies diverses violentes, en particulier sous forme d'arrachements, des céphalées. Mais, deux jours après le début du traitement par le 4560 R.P., la malade dit que ces souffrances lui apparaissent *comme sur un plan détaché d'elle ;* elle a une nette sensation de bien-être. L'amélioration apportée par le 4560 R.P. se manifeste aussi par une durée beaucoup moins importante de l'insomnie : trois jours, au lieu des quinze jours de la cure précédente. A la fin de la cure, une fois le médicament supprimé, elle dort toute sa nuit.

La malade sort de la clinique en excellent état général. La comparaison qu'elle fait entre les deux dernières cures montre la nette amélioration apportée par adjonction du 4560 R.P. à la cure classique.

Tels sont nos résultats. Certes, notre série est brève ; trop pour nous permettre de conclure. Nous pouvons cependant dire : Si, pour les crises mélancoliques, nous demeurons fidèles aux méthodes classiques, par contre il nous a paru que les crises maniaques cédaient au 4560 R.P. plus régulièrement qu'aux thérapeutiques de chocs ; deux fois, le traitement nous a permis, sans brutalité, le décrochage d'accidents pithiatiques ; une fois, enfin, il nous a permis de vaincre la terrible insomnie des eubinomanes sevrés.

Par ailleurs, les neuroplégiques nous paraissent pouvoir être utilisés dans d'autres syndromes psychiatriques. Nous les avons employés dans le delirium tremens, et nous attendons, pour les essayer, un cas de délire aigu. Seulement, ici, ces substances ne suffisent plus ; elles ne sont que l'un des éléments d'un cocktail thérapeutique où doivent intervenir, dans tous les cas, le sérum glucosé novocaïnisé en perfusion continue (pour son action anti-œdème), et, s'il s'agit d'alcool, la strychnine à très fortes doses. Nous nous réservons de relater, dans un autre article, notre expérience en ce domaine.

SOCIÉTÉ MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 27 avril 1953

Présidence : M. B. LOGRE, vice-président
et M. G. COLLET, ancien président

COMMUNICATIONS

Rechute de maladie mentale après traitement psychanalytique, par Mme M. Cavé.

La malade dont je rapporte aujourd'hui la rechute est le premier cas de schizophrénie que j'ai étudié. Il s'agit de Félicité, une malade du service de M. Heuyer. Etiquetée schizophrène, elle a fait, après cinq ans de tranquillité, un accès de manie typique. Excitée, sans gêne, pensant tout haut, sautant d'une idée à l'autre, interpellant les gens, grimpant aux arbres, faisant tout ce qui lui passait par la tête, la malade, une brosse à dents entre les lèvres, déclarait qu'elle était le commandant Untel, dont elle avait récemment lu les aventures. Ce qui ne l'empêchait pas, quelques heures plus tard, de déclarer qu'elle allait épouser l'infirmier de la maison de santé.

Ce deuxième accès avait, aux dires des parents, débuté exactement de la même façon que le premier. Les deux fois, Félicité avait été se déshabiller devant un homme pour l'inciter à accomplir avec elle l'acte sexuel ; ce qui, selon elle, aurait forcé l'heureux élu à l'épouser parce qu'elle était une jeune fille honnête. Les deux fois, elle nourrissait des idées homosexuelles à l'égard de l'actrice E. F. et avait été l'importuner dans sa loge. Mise à la porte avec une paire de gifles, elle persistait à dire qu'E. F. avait un penchant pour elle, cette actrice lui ayant fait adresser, comme à tant d'autres, une photo dédicacée.

Lors de son premier accès, Félicité avait été considérée comme une schizophrène. En effet, soignée depuis deux mois par les électrochocs et les comas, elle avait présenté de l'autisme, ne répondant pas

aux questions qu'on lui posait, détournant ses regards de ceux qui pénétraient dans sa chambre et ne s'intéressant qu'aux discours qu'elle se tenait à elle-même. Et c'est l'apparition de cet autisme qui, vraisemblablement, avait fait porter chez elle le diagnostic de schizophrénie.

La récidive actuelle, sous forme d'accès maniaque typique, après cinq ans de tranquillité, montre toutefois qu'il s'agit bien d'une maladie cyclique, et qu'il faut revenir au diagnostic de manie (les cinq ans de tranquillité furent en réalité parsemés de toute une série d'accès dépressifs légers : tristesse, fatigue, difficulté à rassembler les idées, désintérêt de la vie).

L'observation de Félicité pose donc la question des rapports entre la manie et la schizophrénie. Rapports qui sont étroits, puisque la schizophrénie peut débuter par des accès de manie et puisque l'existence d'ascendants ou de collatéraux maniaques est fréquente chez les schizophrènes, et vice-versa. Le but de cette communication est de mettre en évidence les ressemblances affectives profondes qui existent entre les deux maladies.

Chez Félicité, maniaque, existait, comme chez les schizophrènes, formant la base affective des symptômes, un état de hantise sexuelle, qui s'accompagnait, non d'un sentiment d'exclusion, mais d'un sentiment de frustration, très voisin. Il y avait également chez elle une impulsion motrice, correspondant aux impulsions des schizophrènes ; enfin, tout un ensemble de manifestations euphoriques qui constituent l'équivalent d'un délire mythomaniaque. Nous étudierons successivement ces différentes similitudes.

Et, tout d'abord, la hantise sexuelle. Nous avons déjà dit qu'au début de ses deux accès Félicité avait été se déshabiller devant un homme, et nous avons rapporté qu'elle avait exprimé devant nous, au cours de son premier accès, le désir d'accomplir l'acte sexuel d'urgence, avec n'importe quel « garçon » du service, faute de quoi elle ne guérirait pas. Il existait également chez elle un intense sentiment de frustration amoureuse, plusieurs hommes de la famille de son père, sur qui elle portait ses désirs, bien qu'ils ne lui aient jamais témoigné la moindre attention, venant de se marier et de lui préférer d'autres femmes, elle jugeait la chose inadmissible. Le mariage de l'un d'eux, nommé Gaston, qu'elle avait appris par une lettre, était à la base de son impulsion à déchirer : ne pouvant anéantir le mariage qui la frustrait, elle assouvissait sa vengeance sur les lettres et les papiers qui lui en rappelaient le souvenir.

Nous avons mis en évidence dans une communication précédente que les impulsions des schizophrènes sont, de façon analogue, des processus de vengeance dictés par un sentiment d'exclusion.

Félicité présentait en outre une logorhée intarrissable, entrecoupée d'éclats de rire spasmodiques. Logorrée faite de propos sur des films et des acteurs de cinéma, en particulier sur P.-R. W. et P. B.

S'étant en effet sentie frustrée par le mariage d'un autre parent du père, nommé Pierre, comme les deux acteurs, et, la similitude de nom jouant, elle trouvait dans les histoires qu'elle se racontait, et où elle-même devait sans aucun doute jouer un rôle amoureux, une compensation au sentiment de frustration que lui avait fait éprouver le Pierre de la réalité.

Nous avons montré que le délire mythomaniaque des schizophrènes compense de même une pénible réalité affective (grâce à lui, un garçon exclu de l'amour se persuade qu'il est un Don Juan). Excitation euphorique de la manie et délire schizophrénique sont donc deux symptômes équivalents.

Quant aux éclats de rire spasmodiques, comme, cherchant à nous les expliquer, nous disions à Félicité : « Tu as bien raison de rire, car la réalité n'est pas drôle. — Non, la réalité n'est pas drôle, répondit-elle », et, passant instantanément du rire aux pleurs, deux grosses larmes se mirent à rouler sur ses joues. Les éclats de rire, comme la logorrhée, traduisaient donc une volonté d'euphorie. « Ne m'enlevez pas mes illusions, j'y tiens », disait Hector. Et Lucile s'écriait : « Je ne sais pas pourquoi on guérit les fous, les fous, ils sont heureux. » Cette volonté d'euphorie, Félicité, elle aussi, l'exprime clairement. Lors de sa rechute, elle me déclare en effet qu'elle va se marier avec l'infirmier de la maison de santé, un garçon de 26 ans. Comme cet infirmier paraissait sensiblement plus âgé, je lui demande : « Tu es bien sûre qu'il n'a que 26 ans, et qu'il est célibataire ? » Elle me répond alors cette phrase surprenante par les horizons qu'elle ouvre sur la mentalité maniaque : « Et si ça me plaît, à moi, de me donner des illusions. » L'attitude de la brosse à dents entre les lèvres en guise de pipe correspondait sans doute au même besoin d'illusion, sur le plan homosexuel ; toutefois, n'ayant pu plaire à E. F., elle compensait ainsi son échec amoureux, le commandant Untel, couvert de gloire, étant irrésistible du point de vue féminin.

Le recours à l'illusion n'avait pas seulement lieu chez cette malade pour compenser des frustrations de nature sexuelle, mais toutes les déceptions de la vie. Par exemple, venant de faire un médiocre déjeuner à l'hôpital, sans vin et sans café, servie par une infirmière grondeuse, Félicité, qui aurait bien voulu retourner chez elle, saisissait une feuille de papier et écrivait : « Je viens de faire un bon petit déjeuner dans un petit caboulot ; j'y ai bu du vin et du café ; la patronne est avenante et cet après-midi je vais aller travailler avec mon père. » Un jour qu'un médecin qui l'avait jadis soignée et sur qui elle avait fait un « transfert » de sentiment important venait de me parler devant elle, sans lui prêter la moindre attention, elle se mit à crier subitement après son départ : « Je veux écrire une lettre. » Et, comme elle n'avait pas de papier : « Je veux voir papa. » Ce médecin étant pour elle un ersatz de père, son indifférence lui avait fait souhaiter, soit voir immédiatement son véritable père, soit

écrire une lettre ; elle y aurait certainement raconté que le docteur X. s'était montré à son égard particulièrement affectueux et l'aurait fait agir exactement comme elle aurait voulu qu'il agisse.

Nous avons trouvé chez Lucile un recours à l'illusion analogue : les deux fois où cette malade fit une rechute, je reçus d'elle, comme signal-symptôme, une lettre où elle me disait se porter à merveille et ne plus se ressentir en rien de son déséquilibre antérieur. Comme si, en écrivant le contraire de la vérité, la pauvre fille avait voulu échapper à la terrible réalité. La volonté d'illusion est donc caractéristique de l'affectivité maniaque comme de l'affectivité schizophrénique. Les moyens de se procurer l'illusion, seuls, diffèrent.

Non seulement la base affective des deux maladies est semblable, mais encore leur structure. En effet, les impulsions et les manifestations euphoriques varient dans l'accès maniaque, exactement de la même façon dont varient dans la schizophrénie les impulsions et le délire. Si l'on se reporte à la première observation de Félicité, on y lira que l'impulsion à déchirer prit chez elle une acuité extrême lorsque, par la suite du traitement, la logorrhée à base d'acteurs de cinéma disparut. L'impulsion devint alors si furieuse qu'elle valut à la malade la camisole de force, ce qui ne lui était encore jamais arrivé. Les manifestations euphoriques de cette maniaque varient donc, comme le délire des schizophrènes, en raison inverse de ses impulsions.

Outre les sentiments de frustration ou d'exclusion amoureuse, nombre d'arriérations affectives existaient chez Félicité. Nous avons en effet trouvé chez elle, comme chez les schizophrènes, une persistance de l'Œdipe (nous en avons déjà parlé). Coexistant avec l'Œdipe, il y avait aussi les traces d'un Œdipe inversé : Edwige Feuillère était pour cette malade une mère en même temps qu'une amoureuse, les deux à la fois. La même dualité existait chez Hector. Félicité, alors que son accès maniaque avait cessé, qu'elle se comportait raisonnablement et qu'elle avait même repris ses études, nous donnait sur bien des points l'impression d'une absence de contact, de vide, de néant ; il fallait tout lui expliquer comme à une enfant ; elle était dépourvue de toute idée personnelle, de toute initiative, de tout altruisme ; elle ne comprenait pas la vie, qui du reste ne l'intéressait pas et ne trouvait de satisfaction que dans ce qui la lui faisait oublier et lui permettait de rêver, tels la musique, les romans, le cinéma. Désirant se marier, elle ne comprenait pas les rapports qui régissent les hommes et les femmes sur le plan sentimental, ne savait pas ce que c'était que de plaire ou d'aimer. Comme l'enfant, elle préférait sa famille à toute chose ; les hommes étaient pour elle interchangeables ; elle ne leur attachait de l'importance qu'en raison de la fonction qu'elle désirait qu'ils remplissent auprès d'elle. Cette impression de vide, de néant, maintenant que nous comprenons mieux les choses, nous la traduirons par le mot : arriération affective.

C'est leur infantilisme affectif — nous avons essayé de le démontrer — qui explique le délire mythomaniaque des schizophrènes. S'identifier à un personnage de Don-Juan en reproduisant le comportement du père de son enfance, jadis à ses yeux un Don Juan, comme le faisait Hector, c'est en effet recourir aux processus d'identification que l'enfant emploie dans ses jeux. L'enfant joue et s'imagine par exemple qu'il est conducteur de locomotive ou qu'il est soldat. Apprendre à conduire une véritable locomotive, manier un véritable fusil — en admettant que la possibilité lui en soit donnée — ne répondrait pas au but affectif qu'il se propose, car, ce qui pousse l'enfant dans ses jeux, c'est une volonté de puissance et de satisfaction immédiate, c'est le besoin de voir instantanément se réaliser ses désirs. Et, parmi eux, celui de s'identifier à un personnage qui le fascine est des plus importants.

Les manifestations euphoriques de la manie correspondent, elles aussi, à des tendances de jeu. C'est là une remarque qu'ont faite nombre d'observateurs. Le comportement du maniaque fait penser à la volonté de puissance de l'enfant, à ses espièglerie ; il en a l'expansion, la familiarité, la versatilité. Le maniaque, comme le schizophrène et l'enfant, ne distingue pas avec netteté ce qu'il rêve de ce qu'il désire, ce qu'il joue de ce qu'il accomplit réellement. D'où leur pouvoir d'illusion, tellement supérieur à celui des normaux. Une évolution affective infantile forme donc la base des symptômes maniaques euphoriques comme du délire schizophrénique.

Ce qui différencie Félicité des schizophrènes, c'est qu'elle est frustrée sexuellement, mais qu'elle n'est pas exclue : elle est capable de se livrer à des manifestations érotiques et de proclamer ses désirs, alors que ceux-là les cachent soigneusement, comme des manifestations honteuses ou comme des crimes. Elle n'a pas non plus pour ses parents les sentiments haineux qui dérivent chez les schizophrènes de leur sentiment d'exclusion et qui fait que ces malades se suicident ou tuent par vengeance. Elle aime ses parents, leur obéit, et, dans ses impulsions, elle s'en prend aux objets, et non aux êtres. Sa hantise sexuelle semble ressortir beaucoup plus à un dérèglement hormonal qu'à une idée fixe de nature psychique, comme c'est le cas chez les schizophrènes. Les traumatismes enfantins qui forment la base de son sentiment de frustration ont donc été beaucoup moins graves.

En revanche, la part endocrinienne est chez elle extrêmement importante, et son hérédité désastreuse : psychoses des deux côtés. Félicité illustre tout ce qu'on a déjà dit sur l'importance extrême des facteurs endocriniens chez les maniaques et sur leur hérédité. Chez cette malade, si voisine des schizophrènes par son affectivité et par ses symptômes, l'apport psychique et l'apport organique semblent avoir joué en raison inverse.

Discussion

M. P. Lôo. — J'aimerais savoir ce que Mme Cavé a trouvé du point de vue endocrinien chez sa malade.

Mme M. Cavé. — Cette malade, extrêmement mal développée, était à la limite du nanisme et présentait une bouffissure de la face, qui céda à un traitement thyroïdien. Lors de son premier accès, son excitation était nettement plus grande dans la deuxième moitié du cycle menstruel. Elle fut opérée un an après la cessation de cet accès d'un volumineux kyste folliculinique, tordu ; l'ovaire qui reste est parsemé de kystes microscopiques.

On pourrait être tenté de voir dans ces troubles endocriniens la cause suffisante des accès maniaques. Et cependant, la malade resta porteuse de ce kyste pendant un an sans refaire de nouvelle crise ; elle en refit par contre une seconde quatre ans après son opération. Une hyperfolliculinie, même massive, ne suffit donc pas à déclencher l'accès maniaque. Il y faut encore au moins deux autres facteurs : 1) une attitude de révolte contre l'insatisfaction sexuelle ; 2) un nanisme affectif, qui permet de recourir à certains procédés d'illusion infantile.

Puisque nous sommes sur le plan corporel, je signale la terrible hérédité de cette malade : sa mère est une grande anxieuse, son jeune frère est devenu schizophrène (nouvelle preuve de la parenté entre les deux maladies), un de ses cousins germains est à la limite de la psychose ; la plupart des membres de la famille maternelle sont névrosés et il existe paraît-il des cas de folie dans la famille paternelle.

L'hérédité des schizophrènes que j'ai étudiés était beaucoup moins chargée ; ils avaient en général dans leur ascendance — des deux côtés — des phobiques, des anxieux, des déprimés, non des aliénés.

Crimes et autoaccusations par délégation, manifestation de la psychologie de groupe, par Mme Agnès Masson et M. Louis Grimberg.

L'un de nous a abordé récemment les incidences directes ou indirectes des interférences de la psychologie de groupe, c'est-à-dire de la coexistence, chez un même sujet, de réactions psychologiques différentes dans la vie courante et sur les plans professionnels ou autres, en signalant les erreurs d'appréciation qui peuvent intervenir au point de vue psychiatrique si on examine les manifestations psychologiques appartenant à l'un des plans avec le barème d'appréciation avec lequel on les examinerait si elles appartenaient à un autre plan. Il s'agissait alors de réactions psychologiques sans valeur médico-légale grave dans leurs conséquences.

Ces mêmes considérations s'appliquent — et elles ont alors une importance accrue — à des réactions médico-légales graves, ou qui auraient pu être considérées comme telles dans des circonstances moins favorables.

Non seulement les réactions psychologiques du sujet doivent être alors examinées sur des plans différents de celui de la psychologie individuelle dans la vie courante, mais, à l'intérieur même du cadre

de la psychologie ou des psychologies de groupe, doivent être envisagées les modalités toutes spéciales qu'aura pu déterminer, à un point de vue donné, la participation du sujet à une décision collective, ou en tout cas l'adhésion à un intérêt collectif reconnu comme légitime sur le plan de la famille ou du groupe social restreint. Nous éliminons en effet de cette étude sommaire les réactions psychologiques relevant de l'appartenance à un groupe social très élargi ou tenant à la psychologie collective des foules inorganisées, qui présentent d'ailleurs des différences marquées entre elles.

Dans le domaine envisagé, il y a lieu également, au sein de chaque psychologie de groupe, de distinguer entre elles les réactions psychologiques intervenant à des degrés différents de participation aux décisions de principe et de fait du groupe envisagé : attitudes et actes individuels, mais constituant en fait l'exécution individuelle sous l'influence plus ou moins impérative de l'ambiance morale et matérielle du groupe (groupe social restreint, ou famille, là où elle garde une valeur ancestrale minima) ; attitudes et actes relevant d'une participation psychologique à une décision collective, mais sans désignation nominale de l'exécutant ; enfin, actes accomplis par un membre du groupe, en application d'une décision du groupe, qui l'a désigné comme exécutant. C'est ce dernier type d'actes qu'on peut appeler crimes par délégation ; dans un même ordre d'idées, et sur un plan psychologique analogue, il y a les auto-accusations, que l'on pourrait appeler actives ou passives (s'accuser ou se laisser accuser consentant), également par délégation. Les réactions psychologiques à l'intérieur de la psychologie de groupe dans chacun de ces trois cas ont, à côté d'éléments qui sont propres à chaque cas, des éléments qui sont communs ou en tout cas très proches.

Le psychiatre ne peut se désintéresser de cet ensemble de problèmes, car il peut avoir à connaître de ces actes pour une double raison : soit parce que la question du degré de responsabilité de l'auteur réel ou supposé a été posée ; soit parce qu'un autre expert — faisant intervenir des éléments humains dont il est parfois malaisé de s'affranchir entièrement — a envoyé à l'hôpital psychiatrique, solution moins grave qu'une condamnation sévère pour certains, l'auteur du crime ou de l'auto-accusation, sanctionnée assez gravement par la loi si elle ne relève pas d'un caractère nettement pathologique.

Nous ne voulons pas aborder ici la discussion des éléments pouvant entrer en jeu et des différentes interprétations possibles, de survivance, de résurgence sous différentes modalités, etc..., qu'ont tour à tour abordées la sociologie, l'ethnologie, la psychiatrie, la neurologie. Nous considérons que le matériel actuellement disponible pour cette étude est minime et peu utilisable, et qu'elle ne pourra être reprise valablement que lorsqu'un certain nombre d'observations détaillées aura pu être pris sous cet angle, et en tenant compte, non seulement de ce qui aura été écrit dans un éventuel dossier de justice, mais aussi de ce qui n'y aura pas été relaté pour des raisons diverses.

Nous rapportons d'abord brièvement deux observations provenant de deux hôpitaux psychiatriques, où l'un de nous a été en fonction, regrettant qu'elles n'aient pu être prises en son temps sous cet angle : la première de meurtre par délégation de village, la seconde d'incendie par suggestion-délégation familiale, le ressort respectif de ces deux éléments n'étant pas toujours, dans ce dernier cas, facile à délimiter.

Observation 1. — E... H..., entré le 7 février 1949 à l'hôpital psychiatrique d'Al... Paysan d'une cinquantaine d'années, d'un bon niveau intellectuel, bien orienté, réponses pertinentes, ne présentant ni idées délirantes, ni tendances interprétatives (les certificats d'admission et même de 24 heures ou de quinzaine n'ont pas toujours, dans ces cas, pour des raisons humaines, une valeur absolue), et ne paraissent pas avoir fait d'épisode psychopathique décelable avant l'internement. L'expert paraît s'être inspiré avant tout de considérations humaines, la pression morale et le soutien ouvert du village paraissant d'ailleurs avoir été, partiellement au moins, à l'origine de l'expertise. L'internement a été suivi de près de pétitions du village, maire en tête, dont les démarches se sont renouvelées maintes fois verbalement et par écrit pendant la présence de l'intéressé à l'établissement. D'obscures inimitiés de village paraissaient permettre la supposition d'empoisonnement de bétail. Le vétérinaire, consulté par le maire, déclare ne pouvoir ni affirmer ni nier cette possibilité. Les soupçons prennent davantage corps, et une réunion de notables et de chefs de famille étudie le moyen de mettre fin à cet état de choses, dont l'auteur doit être puni. Un cultivateur considéré comme pondéré et estimé est désigné (les détails de cette désignation ne nous sont pas bien connus, les caractères régionaux de réticence, de méfiance, en plus du fanatisme traditionnel du pays où se passait cet épisode, se superposant à la notion de secret dans un acte entraînant la notion de responsabilité vis-à-vis du groupe) ; l'exécution aura lieu ; le bétail s'arrêtera de mourir. Un homme est tué ; le bétail ne meurt plus, coïncidence ou rapport réel de causalité.

Observation 2. — R... B..., entré le 19 juin 1941 à l'hôpital psychiatrique de F... Jeune homme de 19 ans, ne présentant aucune manifestation psychopathique ; élève doué, il a été retiré du collège privé où il avait commencé de bonnes études parce que, fils aîné de cultivateurs très aisés, il était destiné à prendre la succession de son beau-père (mère remariée). L'expert paraît s'être inspiré avant tout de considérations humaines, pour soustraire le jeune incendiaire à une condamnation qui aurait été très grave, surtout étant donné une opinion publique villageoise très hostile, qui aurait vu volontiers châtier gravement le fils pour frapper à travers lui sa mère, considérée comme l'instigatrice. L'un de nous a vu longuement à plusieurs reprises les membres de la famille, recueillant des renseignements avant de statuer sur la libération du jeune homme ; ces derniers confirmaient cette impression. Le jeune incendiaire a été libéré après deux ans d'internement. L'hostilité du village (les dégâts avaient été élevés bien qu'intégralement remboursés par la famille) l'obligea à aller s'établir ailleurs, laissant à son jeune frère la succession future de l'exploitation familiale. L'interprétation villageoise était qu'on avait utilisé un mineur parce que, s'il était découvert, il aurait moins « risqué » qu'un adulte (exacte).

Des épisodes relatés par la presse, suivis ou non d'une expertise, et ayant donné lieu ou non à un internement, ont montré des faits sensiblements analogues aux deux observations-types résumées que nous donnons, bien que le type de la première (crime par délégation de village) soit plus rare que le type de la deuxième (crime par délégation familiale), où, d'ailleurs l'influence de l'ambiance, lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, se superpose inévitablement à la notion de délégation.

Dans d'autres cas (expertises personnelles ou d'autrui connues de nous ; « affaires classées » ou non, mais suffisamment connues dans les détails par l'un ou l'autre de nous, même si ceux-ci ne sont pas toujours tous consignés au dossier, etc.), il s'agit du « suicide » imposé et accepté par l'intéressé — à la conscience duquel il s'impose comme la manifestation d'un impératif d'une morale de groupe familial — à la suite de la décision d'un véritable conseil de famille officieux. Suicide que l'intéressé a parfois le courage d'exécuter seul, ou pour lequel il accepte éventuellement, ou se voit imposer, parfois d'une façon inattendue de lui à la dernière heure, un « aide », désigné d'avance ou prenant lui-même cette initiative, parce qu'il considère, en application de la morale du groupe familial, qu'il est du devoir de tous les membres du groupe d'aider éventuellement à l'accomplissement de la décision acceptée ou imposée. Dans ce cas, l' « aide », quel que soit son rôle réel dans l'accomplissement de l'acte, n'a pas, devant sa propre conscience morale, du moins au moment de l'acte, un rôle d'assassin. Comme dans les cas précédents, à la psychologie individuelle se superpose ici la psychologie de groupe, basée sur une morale différente de la morale individuelle du même sujet (le « harakiri » japonais, dont la motivation psychologique n'est pas la même, comporte cependant l'assistance éventuelle d'un parent ou d'un ami, pour encourager ou remplacer la volonté défaillante de l'intéressé, ou en tout cas pour abréger ses souffrances, le cas échéant).

Parfois, même dans nos pays, la notion de « caste » introduit ou introduisait des modalités spéciales de possibilités criminogènes en rapport avec des obligations considérées comme ayant une valeur morale d'engagement plus grande que la morale individuelle courante (tel, sur un plan différent, le personnage de Curel, qui décide, son fils étant physiologiquement défaillant, de donner lui-même un fils à sa belle-fille pour perpétuer, non seulement le nom dont le fils était seul héritier, mais la pureté du sang, en faisant taire ses scrupules moraux devant des devoirs qu'il considère comme primautaires).

Tantôt, ce sont d'autres notions, d'un caractère différent, mais à fort contenu affectif, comme l'attachement paysan à la terre familiale, vis-à-vis de laquelle sont établis aussi des devoirs primautaires : tel jeune paysan (épisode relaté par la presse) est désigné par le conseil de famille officieux comme devant assumer la responsabilité d'un crime qu'il n'a pas commis, à la place de l'aîné, dont la présence

à la tête de l'exploitation familiale était considérée comme indispensable à sa conservation.

Dans un autre cas, un enfant de deux ans est désigné par un conseil de famille officieux — et accepté comme tel par le Parquet, qui classe l'affaire, — comme l'auteur involontaire d'un « accident » ayant tué de deux balles dans le front un membre de la famille à l'aide d'un fusil de chasse que l'enfant était manifestement incapable de manier, le conseil de famille disposant ainsi de la conscience future de l'enfant, considéré comme participant au groupe familial.

Entre ce dernier type et le type de l'observation 2, il existe maintes modalités de transition, variant avec l'âge de l'enfant, le rôle de l'ambiance étant généralement d'autant plus efficace que l'exécutant est plus jeune.

Tous ces types sont évidemment à distinguer de cas qui intéressent plus rarement le psychiatre — et en tout cas d'un façon moins directe — où un aliéné est désigné d'avance par des tiers comme le futur bouc émissaire d'actes préparés dans des conditions telles qu'il puisse en être inculpé (tel ce schizophrène, menaçant depuis plusieurs jours de mettre le feu, que l'un de nous a vu interner de justesse à la tombée de la nuit, et à l'insu des autres villageois, un incendie volontaire ayant éclaté quelques heures après, dont l'auteur paraissait avoir pourchassé le double but de se venger de celui dont il incendiait le bien en s'assurant l'impunité, et de faire payer les dommages au père du malade, industriel rural, ayant des inimitiés consécutives à des questions de main-d'œuvre).

Dans les examens d'auteurs de crimes ou de délits graves, ou d'autoaccusations de ce genre, lorsque une ou plusieurs psychologies de groupe interviennent, il y a lieu, en plus des examens psycho-pathologiques cliniques et conflictuels habituels, de rechercher les caractères propres de chacun de ces différents éléments, leurs interréactions et leurs rôles étiologiques respectifs dans la genèse de l'acte ou des actes constatés.

Un pareil examen peut évidemment être rendu compliqué par la réticence due à des causes diverses (crainte, sentiment de l'honneur vis-à-vis du secret, etc.), même chez un homme normal. A plus forte raison si des éléments pathologiques interviennent, car certains troubles psychopathiques (suggestibilité, ou d'autres éléments) peuvent plus facilement susciter des réactions spontanées, s'inspirant de l'intérêt du groupe, ou de ce qui est considéré comme tel, tout comme ils peuvent faire désigner plus facilement tel sujet au choix du groupe pour des raisons diverses (facilité de l'exécution, sacrifice d'un élément moins précieux que d'autres pour la vie ou les intérêts du groupe).

Parfois (comme en cas d'emprisonnement), lorsque le sujet est séparé du groupe, un ou plusieurs plans de psychologie de groupe peuvent disparaître momentanément ou définitivement, mettant de

nouveau au premier plan les réactions de la psychologie individuelle courante, qui peuvent alors paraître sans rapport logique compréhensible avec la ou les réactions médico-légales intervenues, en donnant l'apparence d'une discordance pathologique, lorsqu'il n'y a là qu'une discordance de plan, consécutive à un état réactionnel momentané. L'examen d'un sujet fait en tenant compte d'éléments différents et superposés, se décalant parfois brusquement, aux relations intriquées et parfois changeantes, n'est certes pas sans présenter de multiples difficultés.

Cependant, en l'état actuel de la question, seul l'examen détaillé des observations de ce genre qui pourront se présenter apportera des sondages, des contrôles et des confrontations, permettant d'aller au delà des quelques remarques qui ont pu être faites jusqu'à présent.

Testostérone et démence sénile, à propos d'une observation antérieurement publiée, par MM. J. Rondepierre, G. Baron et A. Hugelin.

Le 11 juin 1951 (1), nous présentions à la Société médico-psychologique l'observation d'un malade de 85 ans, atteint d'une psychose sénile à forme hallucinatoire, évoluant depuis plusieurs années, d'une manière progressive, remarquablement influencée par un traitement à base d'acétate de testostérone. On observait en effet une disparition complète des hallucinations, avec persistance seulement d'un très léger degré d'affaiblissement intellectuel ; la déficience physique faisait place à un état général satisfaisant. La simple honnêteté nous fait un devoir de publier aujourd'hui la suite de cette observation.

Un mois après le début de l'amélioration clinique, on notait successivement des fausses reconnaissances, des fabulations, des idées délirantes mystiques, puis réapparaissait un grand état d'excitation psychomotrice, avec gâtisme et cachexie progressive, aboutissant à la mort en trois mois, sans que la reprise du traitement ait pu enrayer le moins du monde cette évolution inexorable.

L'examen neuropathologique (dû à l'obligeance du docteur Marchand) montre macroscopiquement un athérome des artères cérébrales, un ramollissement ancien de la grosseur d'un pois dans la région antérieure du putamen gauche, des ventricules latéraux et le troisième ventricule très dilatés, un aspect marbré de la substance blanche sous-insulaire, des plexus choroïdes perlés. L'examen histologique met en évidence, au niveau du cortex, une atrophie considérable des cellules ganglionnaires, qui ont pris une forme allongée, leur prolongement protoplasmique a disparu ; les noyaux ont conservé

(1) J. Rondepierre et G. Baron. — L'hormonothérapie et la démence sénile, 1951. *Annales médico-psychologiques*, 109, II, 208-211.

leur volume et leur forme ; le cytoplasme cellulaire est réduit à une mince couche disposée irrégulièrement autour des noyaux et ne renferme que quelques granulations, disposées à la région la plus périphérique. On note une satellitose très accentuée, surtout autour des cellules situées en bordure de la substance blanche. Au Bielchowsky on observe une raréfaction des fibrilles et des zones pigmentées afibrillaires et lipoïdiques. Au niveau des régions préfrontales, de nombreuses cellules présentent la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer. Le cortex est parsemé de plaques séniles ; certaines sont si volumineuses qu'elles ressemblent à de petits foyers de ramollissement. La névroglie est peu hyperplasiée. Légère artériosclérose diffuse. En conclusion : maladie d'Alzheimer et athérome cérébral.

Commentaires. — On trouve dans ce qui précède un nouvel exemple de l'absence bien connue de parallélisme entre le degré des perturbations fonctionnelles et l'importance de la destruction corticale.

Tout récemment encore, nos collègues Fromenty, Renault et Salomon rapportaient (1) l'observation d'une débile mentale « hydrocéphale de 44 ans, dont le cerveau n'est qu'une vaste poche kystique, et qui, sans aucun trouble moteur, sensitif ou sensoriel, avec une intelligence évidemment très réduite, sait tout de même lire, écrire, tricoter, jouer du piano. Elle a pu enfin, tout comme un cerveau ordinaire, faire une psychose mélancolique délirante aiguë, curable ». Ils rappellent à ce sujet la phrase de Penfield et Rasmussen : « Le fait surprenant est de constater qu'une si grande partie du cortex cérébral de l'homme peut être considérée comme non indispensable. »

L'intérêt de notre observation réside pour nous dans le fait qu'un traitement hormonal ait pu provoquer la disparition complète des phénomènes délirants et hallucinatoires chez un malade dont le cortex était histologiquement extrêmement lésé. Et ceci d'autant plus que le problème étiologique des atrophies corticales reste entier. La théorie la plus ancienne est celle d'un facteur d'ordre tératologique ou d'un défaut d'énergie embryogénique (Fère, 1884). Levaditi soulève l'hypothèse d'une ectomésodermose primitive dysgénésique et d'un processus secondaire mésodermique. Gowers suppose un ralentissement de vitalité, une diminution de l'endurance vitale par prolifération de la gliose, Schaffer et Spatz parlent de faiblesse congénitale, Jendrassik de dysharmonie du développement, d'Edinger d'usure de fonctionnement et Ivan-Bertrand de dégénérescence transsynaptique. Mais ces indications du processus ne permettent pas d'en reconnaître l'origine.

Cependant, depuis quelques années, et en particulier devant la constatation de l'influence favorable — cependant toujours transitoire, il est vrai — de certaines thérapeutiques, on a soulevé l'hypo-

(1) Fromenty, Renault et Salomon (Tours). — Minimum cérébral vital et pneumoencéphalographie. *Revue neurologique*, t. 87, n° 5, 1952, 2e semestre, p. 399-405.

thèse d'un dépérissement et épuisement de l'énergie cellulaire, sous la dépendance d'une modification chimique ou sous l'influence de perturbation endocrinienne (Ludo van Bogaert). Déjà, Bizé, pour la chorée d'Huntington, avait posé la question de savoir si cette dégénérescence systématisée n'était pas secondaire elle-même à une autre perturbation hormonale, endocrinienne, métabolique, et avait obtenu, par des injections sous-cutanées d'hormones parathyroïdiennes, l'amélioration transitoire de l'état mental, mais sans pouvoir enrayer l'évolution inexorable vers la mort. De même, le cas que nous rapportons est celui d'une amélioration spectaculaire d'une grave psychose sénile hallucinatoire après thérapeutique massive d'hormone mâle, alors que l'examen anatomo-pathologique devait déceler une maladie type Alzheimer.

Il serait illusoire de vouloir discuter le mode d'action de ce traitement à la lumière de notre cas. Des modifications de la synergie hormonale, l'action sur la circulation cérébrale, l'action « stressante », la modification de la transmission synaptique ou des « patterns » pourraient être tour à tour évoquées avec autant de raisons qu'aussi peu de certitude. Nous nous contenterons de rappeler que des résultats d'une égale qualité, et parfois d'une beaucoup plus longue durée, ont pu être obtenus dans les atrophies corticales à partir de traitements tels que la convulsivothérapie et la pneumo-encéphalothérapie. L'étude de ces actions thérapeutiques pourra peut-être, dans l'avenir, permettre de déterminer la nature et la pathogénie des processus mystérieux qui provoquent ces atrophies corticales.

Premier essai d'adjonction de la cortisone au traitement des syphilis nerveuses anciennes, par MM. M. MONTASSUT, P. DE GRACIANSKY, O. DE POLIGNY et Mlle H. PERAS.

Cette tentative thérapeutique a été suscitée par une recherche antérieure de l'un de nous (1). Cette recherche, s'autorisant de l'innocuité de la corticothérapie en syphiligraphie, établie par les expériences américaines sur l'animal, avait montré que la cortisone :

1° atténue la réaction d'Herxheimer à la pénicillinothérapie chez des syphilitiques aux divers stades ;

2° favorise la régression des lésions, surtout celle des accidents secondaires, et des syphilides circinées tertiaires ;

3° entraîne, enfin, une chute significative du taux des réagines, évalué par la réaction de Kahn quantitative.

Une suggestion nous a paru particulièrement intéressante : la corti-

(1) P. DE GRACIANSKY, GRUPPER, LEFORT et GRENIER. — Cortisone et syphilis (*Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 14 février 1952) et P. DE GRACIANSKY, GRUPPER et MASSIAS (*Ibid.*, 12 mars 1953).

sone pourrait faciliter la fonte de la gangue entourant les foyers tréponémiques viscéraux, et, par suite, frayer un accès vers ces foyers aux médicaments spécifiques et aux antibiotiques.

Il nous a semblé opportun de rechercher, chez des paralytiques généraux, insuffisamment ou non améliorés par les traitements classiques, si la cortisone pourrait exercer une action fibrolytique, peut-être curative ou préventive de lésions cicatricielles, mais, surtout, susceptible de faciliter l'accès des agents thérapeutiques aux éventuels foyers tréponémiques encore actifs, et leur franchissement de la barrière hémo-méningée, ce dernier méritant, d'ailleurs, une discussion générale.

Nous nous sommes adressés à deux groupes de malades, choisis après un examen complet, clinique et biologique. Cinq d'entre eux ont reçu de la cortisone (groupe 1) ; quatre autres, dont l'âge, ou une atteinte viscérale contre-indiquaient cette hormone, recevant seulement un traitement témoin (groupe 2).

Les quatre premiers malades du groupe 1 ont été et demeurent des paralytiques généraux certains, fixés cliniquement, à forme démentielle globale, et dont la maladie est connue depuis un temps variant de trois à dix ans. L'un d'eux (M. P., 45 ans), présentait depuis plusieurs années des vertiges et absences comitiales à raison de deux par jour en moyenne. Le tracé électro-encéphalographique (docteur Verdeaux) est caractérisé par un rythme de base de 8 c./s., entrecoupé de nombreux éléments lents prédominant à droite, et de pointes diffuses.

Dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, chez ces quatre malades, la sérologie classique est, jusqu'à présent, demeurée totalement ou en partie irréductible. Le test de Nelson-Mayer est positif à 100 % dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. L'évolutivité, théoriquement appréciée grâce au Kahn quantitatif dans le sang, est faible ou nulle, sauf chez un malade, F., pour lequel le taux de la réaction est de 24 unités.

Au contraire, chez le dernier malade, R. H., 45 ans, si la paralysie générale ancienne est certaine, le syndrome clinique actuel pose un problème nosologique difficile. Il est fait d'une sorte de passivité vigilante et dominé par la réduction extrême du langage (mutisme quasi-absolu, coupé d'interjections et de réponses monosyllabiques de type explosif). L'aspect n'est pas celui d'une démence paralytique ni d'une aphasie. D'ailleurs, la spécificité des troubles présente est gravement mise en doute par, outre l'absence de tout signe neurologique, les caractères biologiques : négativité totale des réactions spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien, y compris le test i t de Nelson. Dans le sang, par contre, alors que la sérologie classique est négative, le test de Nelson est positif à 90 %. Le Kahn quantitatif est nul au début du traitement. Enfin, le tracé électro-encéphalographique est normal.

La thérapeutique appliquée à ces cinq malades a été conduite de la manière suivante : mise au repos préalable pendant un mois ; régime déchloruré strict, observé pendant toute la durée du traitement ; injection de 100 mgr. de cortisone (cortone américaine), en deux injections par jour, pendant cinq jours, selon la posologie proposée dans le premier travail précité ; pénicillinothérapie, commencée après les 300 premiers milligrammes de cortisone (pénicilline G en injections discontinues — six par vingt-quatre heures —, 1.000.000 d'unités par jour, pendant douze jours).

De plus, nous référant à un autre travail de l'un de nous (1), nous avons complété l'opothérapie, après le dernier jour de celle-ci, en utilisant, pour éviter l'épuisement de la surrénale, la vitamine C *per os*, à raison de 2 gr. par jour ; et, pour prolonger l'action anti-sclérosante, l'acétate d'α-tocophérol : 0 gr. 30 par jour. Cette thérapeutique complémentaire a été prolongée pendant deux mois.

Au cours de ce traitement, fait important, nous n'avons observé aucune réaction d'excitation, aucun trouble psychique surajouté, dû à l'emploi de cortisone, chez ces malades, pourtant éminemment fragiles. Certes, les doses employées étaient faibles, l'observance du repos et du régime sans sel a été rigoureuse, mais ce fait n'en mérite pas moins d'être noté. Au contraire, nous avons remarqué une certaine asthénie, accompagnant une discrète baisse tensionnelle, à prédominance vespérale. Cette asthénie a paru durer un mois chez un malade (M. P.).

Deux malades ont fait un clocher thermique fugace, quelques heures, à 38°, sans aucun signe d'examen, après 250 milligrammes de cortisone. Au troisième jour de la pénicilline, ces deux malades et un autre ont également eu 38° pendant quelques heures.

Dernière particularité : le gardénal, régulièrement prescrit chez M. P. pour les accidents comitiaux mentionnés, a été supprimé quatre jours avant le début du traitement. A ce moment, on notait les altérations électriques relatées. Trois longues absences ont été notées pendant les premiers jours de la corticothérapie. Elles semblent se reproduire plus rarement, bien que la thérapeutique de l'épilepsie n'ait pas été rétablie depuis plus de deux mois. Les altérations électriques, régulièrement contrôlées, ont persisté sans modification. Nous nous demandons s'il y aurait lieu de voir là un effet de la cortisone, et nous nous proposons d'étudier ultérieurement l'évolution électro-encéphalographique de tous les malades que nous pourrons soumettre à des traitements identiques ou voisins. Peut-être rechercherons-nous aussi l'éventuelle efficacité de la cortisone sur les manifestations critiques d'autres comitiaux, sous couvert, bien entendu, d'une surveillance rigoureuse.

(1) P. de Graciansky, Grupper, Boulle et Mme Boulle. — Quelques médications synergiques de la cortisone en dermatologie. *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 14 février 1952.

Au point de vue psychique, il nous a semblé que, d'une manière générale, ces malades étaient moins volubiles, moins irritables, sans qu'on puisse préciser la part qui revient ici au traitement lui-même et aux conditions de celui-ci (attention prêtée à ces malades depuis longtemps hospitalisés). Une investigation plus approfondie est en cours en ce qui concerne R. H., avec lequel le contact semble un peu plus aisé après la fin du traitement. Quant à l'évolution biologique, nous la suivons grâce aux réactions de Kahn quantitatives dans le sang. Celles-ci paraissent, pour l'instant, au deuxième mois de nos observations, avoir tendance à s'élever, dans deux cas surtout. Dans les autres cas, le taux initial et actuel de ces réactions est peut-être trop faible pour que l'on puisse tirer des conclusions de l'augmentation cependant notée. Celle-ci s'est réalisée dans tous les cas avec des oscillations.

La sérologie classique ne s'est évidemment pas encore modifiée. Nous nous réservons de faire faire à nouveau, dans quelques mois, le test de Nelson dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, quand l'effet perturbateur de la pénicilline ne pourra plus jouer sur la sérologie classique et le test de Nelson.

Le groupe 2, groupe-témoin, se compose de quatre malades. L'un, An., 52 ans, est un paralytique général, dont la maladie d'évolution, très ancienne, est fixée à un stade profondément démentiel. Deux autres, moins atteints intellectuellement, sont en même temps des tabétiques. Dans ces trois cas, la sérologie classique est positive. Le Nelson, positif à 100 % dans le sang, varie de 67 % à 100 % dans le liquide céphalo-rachidien. Chez l'un des deux derniers malades cités, V. K., 60 ans, tabétique, avec atrophie optique, l'évolution clinique paraît subaiguë (début apparent il y a un an environ) et l'évolutivité biologique est relativement élevée : le Kahn quantitatif est à 64 unités au début du traitement. Son taux est, au contraire, très bas ou nul dans les deux autres cas.

Enfin, le dernier élément de ce groupe, A., est un déprimé hypochondriaque, sénescent, dont la syphilis sérologique est certaine, quoique peu évolutive. Mais la spécificité nerveuse est plus que problématique cliniquement. De plus, le T.I.T. de Nelson, positif dans le sang, est négatif dans le liquide céphalo-rachidien.

Ces malades ont tous reçu 12.000.000 d'unités de pénicilline, avec une technique identique à celle adoptée pour le groupe 1. De plus, la gravité de l'état général, par dénutrition, chez A., a nécessité des traitements adjuvants nombreux.

Nous avons observé un clocher fébrile important, à 39°, pendant une demi-journée, après 1.500.000 unités de pénicilline, chez V. K. Il semble bien s'agir d'une réaction d'Herxheimer.

Les réactions de Kahn quantitatives ont évolué dans le même sens que dans le groupe 1, avec une courbe oscillante, passant, en parti-

culier chez V. K., de 64 à 128 unités au cours du traitement et à la fin de celui-ci. Chez l'autre tabétique, par contre, le Kahn standard, comme le Kahn quantitatif, demeurent en leur état initial, soit, respectivement, négatif et nul.

Enfin, chez ces neuf malades, nous avons fait pratiquer des dosages de pénicilline dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien : après l'injection d'une dose initiale de 400.000 unités, et, pour quatre malades, deux de chaque groupe au cours de la dernière journée (après les trois premières injections de celle-ci). Il a été trouvé dans tous les cas un taux de 128 unités par centimètre cube de sang. Dans le liquide céphalo-rachidien, tous avaient moins de 0,04 unités, limite de sensibilité du test employé, sauf, au premier dosage, un malade du groupe 1. Il nous faudra utiliser, ultérieurement, des méthodes de dosage plus sensibles. Mais, d'ores et déjà, ceci permet de poser le problème du mode d'action de la pénicilline, qui, si elle franchit la barrière hémo-méningée, ne le fait certainement que dans des proportions infirmes. Constatation, qui paraît générale, la cortisone, peut-être à doses plus élevées que celles employées ici, serait-elle susceptible d'augmenter le passage ? Ou bien faut-il plutôt chercher à accroître la perméabilité vasculaire ? La question, enfin, reste encore à poser de l'utilisation éventuelle de facteurs directs de diffusion.

Discussion

M. M. Montassut. — Il ne s'agit ici que des premiers résultats d'une longue entreprise. Ces notes ont donc un caractère parcellaire et précaire. Cependant, il est possible de relater certaines constatations : innocuité de la cortisone dans les syphilis nerveuses anciennes comme de Graciansky l'avait noté pour les accidents secondaires et les syphilides tertiaires ; absence de troubles mentaux chez des syphilis cérébrales avérées à la condition d'une conduite rigoureuse du traitement cortisonique ; prévention des réactions d'Herxheimer par la cortisone. Traitements établis d'emblée à 1.000.000 unités de pénicilline. Grosse réaction fébrile au 2e jour de la pénicilline chez un malade non cortisoné ; sensibilité du Nelson plus grande que les réactions biologiques courantes. Positivité maxima à 90 et 100 % dans le sang et liquide céphalo-rachidien de malade présentant une biologie classique très atténuée. (Wassermann, Kahn et Klein faibles +).

La spécificité de la réaction affirmée par syphiligraphes pourrait apporter ici un élément de discrimination clinique. Deux malades atypiques présentent un Nelson positif dans le sérum, mais négatif dans le liquide. Nous indiquons enfin avec la plus extrême réserve les résultats favorables enregistrés chez un paralytique général comitial.

Ces travaux sont poursuivis dans ces diverses directions avec référence particulière aux problèmes de la barrière hémato-méningée. Sans doute, celle-ci se définit malaisément au point de vue anatomique et les données expérimentales sont souvent contradictoires, même dans la paralysie générale. Aussi estimons-nous cette entreprise plus particulièrement utile.

Guérison spectaculaire par la cardiazolthérapie d'un mélancolique atypique d'apparence incurable, par MM. Pierre Scherrer, Jacques Leclerc et Marcel Latouche (1).

Observation. — Gilbert G..., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital psychiatrique de l'Yonne le 30 avril 1948, transféré du service de phtisiologie du centre hospitalier d'Auxerre en raison d'une agitation violente et d'une opposition absolue. Il refusait toute alimentation et tout soin d'un personnel infirmier qu'il ressent comme hostile.

A l'entrée, on diagnostique un accès maniaque avec logorrhée, euphorie, insomnie complète, phases d'agitation motrice. On pense à un appoint éthylique qui sera confirmé. On note dès ce moment la répétition incessante de certaines phrases sur un ton de litanie. Il se plaint enfin d'une douleur thoracique gauche. Il a en effet subi récemment (quinze jours auparavant) une intervention chirurgicale : pneumothorax gauche extra-pleural.

Nous apprenons par le phtisiologue (Dr Sifflet) que cet homme d'aspect robuste, qui fut d'abord cultivateur, puis quelques années employé dans une administration comme commis auxiliaire, a fait un premier épisode pulmonaire en mars 1936. Il s'agissait d'une lésion ulcérée du sommet gauche, entraînant des hémoptysies répétées. Un pneumothorax avait été institué, qui fut entretenu de mars 1936 à juin 1940.

En avril 1947, de nouvelles hémoptysies vinrent signer la rechute. Les radiographies montrèrent un gros infiltrat de la base droite et une ulcération discrète du sommet gauche. La reprise du traitement réduisit l'infiltrat mais la bacilloscopie restait positive et le phtisiologue décida la création d'un pneumothorax extra-pleural gauche en juin 1948. Un hémothorax exigea des ponctions répétées et, après une période de calme avec légère sub-anxiété, les troubles psychiques prirent très vite une intensité telle que l'internement s'imposa.

Dans le service, l'agitation très vive, l'insomnie en dépit des sédatifs (le rectanol en particulier n'a qu'un résultat transitoire), l'agressivité (il frappe un autre malade pendant la nuit), rendent la continuation du traitement pulmonaire très difficile. La température oscille autour de 38°, l'état général est médiocre. Une insufflation est cependant pratiquée le 7 mai au lit du malade par le phtisiologue. On essaie une série d'infra-chocs (courtes absences) au moyen de l'appareil à électro-chocs. Après quatre infra-chocs (un par jour), on peut amener le malade au centre hospitalier pour une nouvelle insufflation (16 mai). On poursuit tous les deux jours la série d'infra-chocs, dont trois sont à la limite du choc complet. Le 28 mai, 10 infra-chocs ont été pratiqués. Le malade est calme. Il présente même une légère dépression. La température est revenue à la normale. Il sort du service le 9 juin 1948, réclamé avec la plus grande insistance par sa famille.

Pendant les mois qui suivent, l'état pulmonaire s'améliore, mais le phtisiologue qui le traite régulièrement constate l'aggravation progressive des éléments dépressifs, qui constituent un syndrome de prostration stuporeuse avec semi-mutisme, incurie totale, anorexie et amaigrissement. Alarmé, il

(1) Travail de l'hôpital psychiatrique d'Auxerre.

s'emploie à persuader la mère de faire traiter son fils par un psychiatre. Le malade est marié mais sa femme, dévouée, timide et effacée, est tout juste tolérée dans la ferme de ses beaux-parents et n'a aucune voix au chapitre. La mère, robuste paysanne bornée, autoritaire et agressive, dont le mari, d'ailleurs perclus de rhumatismes, a renoncé depuis longtemps, s'il l'a jamais osé, à contrebattre les décisions, proclame que son fils n'a jamais présenté de troubles mentaux, qu'il a été odieusement maltraité, tant au centre hospitalier qu'à l'hôpital psychiatrique, par des bourreaux qui n'ont d'infirmiers que le nom. Elle trouve parfaitement normal que sa belle-fille s'emploie jour et nuit à surveiller son mari, à le faire manger, à lutter avec lui pour le déshabiller ou tenter de le laver, et l'accuserait de trahison si elle refusait d'entrer dans le lit où le malade se couche le plus souvent tout habillé, ses lourds souliers couverts de boue quand ce n'est pas de fumier. Elle a cependant caché les fusils et accepte d'appeler un psychiatre lorsque son fils sort du mutisme pour parler de faire flamber la ferme. Il est impossible d'obtenir le placement du malade dans aucune formation hospitalière. La « mère-terrible » finit par accepter des électro-chocs à domicile.

Deux séries de huit électro-chocs complets sont pratiquées, séparées par un intervalle d'un mois. Une légère amélioration après chaque série d'électrochocs survient mais s'efface très vite, et le 8 février 1949 le malade est enfin ramené à l'hôpital psychiatrique, non sans que l'on ait passé avec la mère un « gentlemen-agreement ». Son fils ne sera pas placé dans la même salle, n'aura pas les mêmes « gardiens » que lors de sa première entrée, etc... Depuis le 25 décembre, il ne s'est plus du tout déshabillé, a refusé absolument tout soin de propreté.

Il est prostré, anxieux, s'oppose à l'alimentation. L'amaigrissement est marqué avec déshydratation, peau sèche et flasque, ongles cassants. La température est normale. On n'observe aucun signe de reprise de la tuberculose.

Le 16 février, un traitement insulinique est entrepris. L'affaiblissement du malade nous contraint à utiliser des doses modérées et progressives. L'opposition oblige au resucrage par la sonde œsophagienne avec un important déploiement de personnel infirmier. Ces séances augmentent l'agitation anxieuse, qui atteint parfois le degré du raptus pantophobique. L'opposition va jusqu'au négativisme, les plaintes anxieuses sont stéréotypées en litanies : « J'ai tout le monde entier sur moi. J'ai mangé toutes les réserves du monde. Il faut que je paie cela. »

Le 21 avril, c'est-à-dire après un traitement d'un mois environ sans coma malgré 120 unités d'endopancrine, on abandonne. Le poids a continué à baisser et les injections d'insuline ne sont parvenues qu'à donner de légères élévations thermiques (37°8-38°). Mai, juin, juillet s'écoulent sans aucun changement. Gilbert G... est assis jour et nuit dans un lit à galerie tenant les barreaux des deux mains, balançant rythmiquement le torse d'arrière en avant ou de droite à gauche en pleurant une mélopée où l'on retrouve les mêmes thèmes répétés sans variations jusqu'au vertige de l'entourage : « Je suis Adam le premier des hommes qui soit né, celui qui a mangé la pomme. Je me suis engraissé pendant que les autres mouraient de faim. Maintenant je vais aller en enfer, à la douche, couic ! Je vais être pulvérisé par le monde entier. Je n'ai plus rien à donner que mon corps. » Ou bien : « On lui a passé des kilomètres de tuyau dans le nez. Les infirmiers qui le soignent sont morts. Lui-même est mort. » Et à un infirmier dont le frère est mort en déportation : « Bob tu es mort, mort pour la France. » Ce délire de cul-

pabilité et de grandeur, ou de culpabilité grandiose avec éléments de négation, puise, on le voit, dans le réel, mais la stéréotypie du ton, des phrases, de la posture et des gestes donne au malade l'aspect le plus « étranger ». Des escharres commencent à se constituer. Pour les infirmiers comme pour sa femme et ses amis, et bientôt pour ses médecins, il prendra l'apparence du chronique incurable. Son aspect physique se complète bientôt d'une difformité qui achève la caricature humaine : ses balancements incessants ont projeté rythmiquement sa tête contre les barreaux du lit et un othématome bilatéral se constitue, d'où le sang giclera par les plaies qu'ouvrent de nouveaux heurts dans les pavillons auditifs boursouflés. Le visage aigu, encadré par les oreilles violacées, en choux-fleurs, prend un aspect sardonique. La mère elle-même comprend que l'état est grave. Elle en tire la conclusion que nous l'avons rendu fou.

C'est à ce moment (12 août 1949) que nous tentons le traitement au cardiazol. Une injection de 4 cc. en avait été faite sans donner de crise vers la fin du traitement d'insuline. Cette fois, 5 cc. donnent une forte crise convulsive. Le 14, 6 cc. restent inefficaces. Le 16, 7 cc. amènent une absence. Les 18, 20 et 22 août, une injection de 9 cc. est suivie chaque fois d'une forte crise.

Une transformation spectaculaire s'ensuit : l'agitation stéréotypée a disparu la première, puis l'anxiété, l'appétit revient et le sommeil, et Gilbert G... prend conscience de l'état pathologique qu'il a vécu et dont il ne garde d'ailleurs qu'un souvenir partiel. Le 29 août, il est capable de se promener dans le jardin en conversant avec un de ses anciens camarades de bureau, qui le retrouve tel qu'autrefois.

Le 10 septembre 1949, après une radioscopie pulmonaire qui montre une image normale, il quitte le service. Quelques éléments hypomaniaques discrets, peut-être habituels chez lui, sont la seule séquelle, avec les oreilles en chou-fleur désormais immuables, de cet état qui parut incurable à des observateurs avertis.

Gilbert G... put reprendre une activité normale. Malheureusement, il avait réintégré la ferme maternelle. La « mère-terrible » reprit possession de sa proie. Quelque dix ans auparavant, elle était parvenue à faire divorcer son fils une première fois. Elle avait « heureusement pu protéger le pauvre petit, le tirer des griffes de cette mauvaise femme ». Elle répéta le même scénario pour la seconde femme, qui avait courageusement repris la vie commune bien que le phtisiologue l'ait mise en garde et lui ait conseillé de prendre avec son mari un commerce à la ville voisine. Mais la belle-mère gagna la partie une fois de plus, par un lent travail de sape : « Elle t'a fait interner, elle t'a trompé, elle voulait se débarrasser de toi. » Gilbert G... avait la première fois cherché des forces et des consolations dans l'alcool. Il retrouva cette voie. La jalousie, la brutalité, attisées par les propos maternels, vinrent à bout de la résistance de la jeune femme. Deuxième divorce. Mais le triomphe de la mère est resté éphémère. Gilbert G... vient d'entrer à nouveau dans le service (avril 1953) pour un accès d'agitation maniaque qui mit tout le village sur pied en pleine nuit : il voyait flamber toutes les maisons et charitablement criait « au feu ».

Cette observation, qui présente un vif intérêt psychologique et pose le problème du milieu familial générateur des troubles mentaux, de

l'insuffisance d'une thérapeutique seulement restitutive et vouée à la précarité si elle n'est pas accompagnée d'une véritable hygiène mentale, arrachant l'individu au milieu nocif, offre un côté pittoresque sur lequel nous avons insisté. Certes, l'anecdote n'était pas notre propos, mais elle a un aspect frappant, bien propre à fixer l'attention. Depuis « l'expérience Gilbert G... », nos infirmiers, pourtant blasés sur les transformations étonnantes des « délirium », des déments précoces, guéris par les traitements modernes, vénèrent un nouveau totem. Lorsqu'un malade paraît devoir sombrer définitivement, ils proposent sur un ton de revendication syndicale le recours au cardiazol.

Nous aimerions que, d'une façon peut-être plus nuancée, nos confrères se souviennent de ce médicament, que l'électrochoc, si pratique, et d'ailleurs si efficace, a détrôné sans le remplacer complètement.

Discussion

M. J. Rondepierre. — Je ne suis nullement persuadé de l'avantage du cardiazol et je connais ses inconvénients : crise plus violente, plus longue, danger de réactivation de la tuberculose et surtout anxiété affreuse qui s'empare du malade entre le moment où l'on pousse l'injection et celui où il perd connaissance. Quand l'électro-choc ne donne pas de résultat satisfaisant, on dispose de perfectionnements de la méthode : électro-chocs prolongés, électro-narcoses, chocs itératifs, plus grande fréquence des chocs à ce sujet ; une thèse récente de Nancy (Dr J.-R. Gérardin) prône à nouveau la technique de « l'anéantissement », dont les résultats sont à retenir. Dans un cas, j'ai dû monter jusqu'à 750 unités pour obtenir le coma insulinique, mais, moi aussi, je m'abstiens quand la température monte au lieu de descendre.

On ne saurait trop insister sur l'intérêt du côté psychologique de cette communication ; certaines familles, certaines mères surtout, sont responsables des rechutes de nos malades.

M. P. Scherrer. — Notre communication ne tend nullement à critiquer l'efficacité du choc électrique que nous pratiquons comme tous nos confrères plusieurs fois par jour depuis de longues années. Mais à propos d'une observations très caractéristique, nous avons voulu insister sur le fait que l'action du cardia ol n'est pas absolument superposable ou équivalente à celle du choc électrique. Nous avons toujours été surpris que l'on confondît sous le nom de convulsivothérapie choc électrique et choc cardiazolique sans qu'on ait tenté d'investigations approfondies, biologiques notamment, quant à leur mode d'action respectif. Comme le dit M. Minkowski, nous pensons que si la réponse de l'organisme paraît semblable dans les deux cas, le mécanisme d'action est peut-être différent.

Au cours des chocs cardiazoliques pendant la cure de Sakel, technique qui nous a donné d'excellents résultats depuis fort longtemps, nous avions cru constater, par des dosages répétés de la glycémie pendant le coma et après le réveil par le choc cardiazolique (obtenu plus régulièrement que par le choc électrique), une mobilisation plus grande des réserves de glucides que l'organisme était devenu incapable de libérer. Nous avons dû abandonner pour l'instant ces recherches, mais nous aimerions que ces biologistes de métier s'attachent à cette question.

Nous gardons la conviction que les indications respectives du choc cardiazolique et du choc électrique se superposent sans toutefois se confondre absolument. La schizophrénie, en particulier, nous paraît obéir plus facilement au cardiazol qu'à l'électro-choc.

En dépit du cortège angoissant pour le malade et culpabilisant pour l'opérateur des crises cardiazoliques ratées, nous pensons que le recours au cardiazol ne doit jamais être négligé et notamment qu'il doit toujours être tenté avant d'envisager une lobotomie.

Quant à l'aspect psychologique de l'observation que nous n'avons présentée volontairement que dans ses grandes lignes, il mériterait une étude très approfondie. Il serait simpliste de penser que Gilbert G... devient fou à point nommé pour échapper à sa mère. Dans la mesure où nous pensons que la psychose et parfois la tuberculose peuvent être sur des terrains propices une fuite dans la maladie, il s'agit d'une réponse à un ou des conflits qu'un partenaire peut entretenir après en avoir d'ailleurs favorisé dès l'enfance le développement. Il ne s'agit pas de la fuite pure et simple devant un partenaire. M. Minkowski aurait souhaité que l'étude du couple fût ici plus poussée. Dans l'esprit de cette publication, ce thème devait rester au second plan. En fait, l'étude de ces couples : mère-fils, mère-fille, que nous rencontrons si souvent dans les névroses et les psychoses mérite d'être placée en pleine lumière.

Contribution à l'étude des traitements récents (ganglioplégiques en particulier) des accidents vasculaires cérébraux aigus (hémorragies et ramollissements), par MM. Pierre Scherrer, Jacques Leclerc, Noël Biza et Marcel Latouche (1).

Après une longue période d'intervention systématique, assez aveugle, et qui s'est avérée parfois dangereuse, intervention d'ailleurs limitée à la saignée, la doctrine qui prévalait consistait surtout dans une abstention attentive certes, mais dans son essence même impuissante à modifier le rythme de l'évolution lorsque celle-ci se faisait vers la mort.

Nous ne rappellerons pas les difficultés le plus souvent extrêmes qu'éprouve le clinicien à distinguer hémorragie et ramollissement cérébral, dont les finesses diagnostiques apparaissent le plus souvent livresques. Il n'en tirait d'ailleurs que le bénéfice thérapeutique de l'indication d'emploi des vaso-dilatateurs type acétylcholine dans le ramollissement, action dont la valeur demeurait pour certains assez mince, tant sur le terrain de l'expérimentation clinique que sur le terrain de la doctrine physiologique ; l'accord entre physiologistes (Riser, en particulier), cliniciens (Villant, Besançon, de Sèze, Cachera) et neuro-chirurgiens (Cushing) n'ayant jamais pu se faire sur la valeur du spasme cérébral et ses conditions d'apparition. Leriche, avec ses infiltrations stellaires de novocaïne, apparaissait comme un interventionniste peu suivi. Récemment, l'école espagnole, avec Rodriguez Arias (2), rendait à l'actualité cette thérapeutique en publiant des résultats intéressants dans le ramollissement cérébral (particulièrement quant aux troubles mentaux), médiocres dans l'hémorragie.

(1) Travail de l'hôpital psychiatrique d'Auxerre.

(2) A. Rodriguez Arias et G. Zamorans Estapé. — Chirurgie du sympathique dans les accidents vasculaires cérébraux. *Presse médicale*, 5 novembre 1952, p. 1504.

Deux autres procédés thérapeutiques, dont l'agressivité peut d'ailleurs paraître inquiétante dans la perspective d'abstentionnisme, se sont fait jour ces dernières années.

a) la médication anti-coagulante (héparine pendant le coma, coumarines ensuite) (1) ;

b) l'appel aux ganglioplégiques, dont le rôle vasoplégique n'est pas moins intéressant que l'activité hypothermisante.

D. Petit-Dutaillis, G. Guiot et B. Danoiseau, dans la *Presse médicale*, du 7 mai 1952, présentaient un certain nombre d'observations d'hémorragies et de ramollissements, traités par les ganglioplégiques (92-95, ou pendiomide-méthonium : héxaméthonium). Ils souhaitaient que les cliniciens appelés précocement à constater des accidents de cet ordre et à les traiter par la même médication aient le souci de faire connaître le fruit de leur propre expérience, et c'est pour répondre à cet appel que nous publions deux de nos observations, en dépit de leurs lacunes, notamment en ce qui concerne l'anatomie pathologique.

Observation 1. — Mme T..., 74 ans, est entrée dans le service le 14 juin 1952 pour un délire mal systématisé. Hypertendue avec élargissement de l'aire cardiaque à l'orthocardiogramme ; bilan rénal normal. Bordet-Wassermann négatif dans le sang. En octobre 1952, hyposystolie, qui révèle une néphrite avec cylindres granuleux, albumine, hyperazotémie à 0,75. Tension artérielle 21/10. Traitée par régime déchloruré et digitaline. Le 1er février 1953, congestion pulmonaire grippale traitée par didro-bipénicilline et toni-cardiaques. Le 12 février, ictus à début progressif, surprenant la malade au lit, mais rapidement aggravé avec désordres neuro-végétatifs sévères : respiration superficielle à 35, pouls vibrant 58, température 37, faciès vultueux. Tension artérielle 23/10. Déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la gauche. Paralysie faciale droite. Babinski droit. Nous injectons quelques minutes après l'ictus 50 mg. de pendiomide dilués dans 20 cm³ de sérum physiologique, la malade étant couchée à plat sur son lit, la nuque simplement soulevée par le traversin. Contrôle tensionnel et oscillométrique continu pendant l'injection, qui dure cinq minutes environ. La tension artérielle tombe à 14/10. Nous installons alors un tube de polythène dans une veine du pli du coude, qui servira à faire passer pendant la durée du traitement 800 cm³ de sérum glucosé, véhicule du ganglioplégique. 75 mg. par jour en perfusion intraveineuse continue seront nécessaires pour maintenir la tension artérielle aux environs de 14/10.

Quelques troubles trophiques (région sacro-lombaire et talons) apparaissent précocement. L'urée est à 65 cg., l'hyperleucocytose (bon signe en faveur d'une hémorragie pour Hagueuau) est à 11.200 au commencement de l'ictus, 15.000 au 3e jour. Ce 3e jour, une ponction lombaire montre une pression à 30 en position couchée, et un liquide sanglant. Interruption du traitement le 16. Nous avons vu la malade sortir en quelques heures d'un coma total, l'hémiplégie complète faire place rapidement à une hémiparésie et disparaître tota-

(1) J. Roskann. — Traitement précoce de l'ictus hémiplégique. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1948, 132, n° 4, p. 302-309.

lement deux jours après le début du traitement. L'aphasie a totalement régressé.

Pendant toute cette période, l'indice oscillométrique a été excellent (4 pour l'artère humérale ; 2,5 pour le 1/3 inférieur de la jambe). L'évolution est sans histoire jusqu'au 28 février. A cette date, la température monte à 39, le pouls 120/130, anxiété, œdème massif du bras perfusé avec cordon lymphangitique. Le test de tolérance à l'héparine montre une forte hyper-coagulabilité. Retentissement pulmonaire sous forme de dyspnée à type polypnée, cyanose, semblant soulagées par la morphine intraveineuse. Devant ce tableau menaçant, et après bien des hésitations : héparine 500 mg. par jour, antibiotiques. Le 29 au soir, second ictus avec cette fois hémiplégie gauche. Tension artérielle : 22,5/10. Même amélioration rapide sous l'influence du ganglioplégique, mais persistance d'un cutané plantaire gauche en extension. Bilan rénal semblable aux précédents. Mais l'état cardiovasculaire s'aggrave rapidement malgré les tonicardiaques et la malade décède le 7 mars.

Nécropsie. — A l'ouverture du crâne, pas d'œdème cérébral. Sérosité sanguine sous-piemérienne droite. Hémisphère gauche : rien de particulier, sauf un liquide céphalo-rachidien légèrement teinté dans le ventricule latéral. Hémisphère droit : ventricule latéral distendu. Liquide teinté, foyer hémorragique mal limité au niveau des coupes moyennes (masses grises centrales). Bras gauche : thrombus infecté dans la veine perfusée. Foyer congestif pulmonaire. Cœur gros s'étalant sur la table. Pas de modification macroscopique.

Certes, en dépit de nos efforts, la mort est survenue, et ce n'est pas un bulletin de victoire que nous publions. Cependant, de l'étude attentive des réponses de l'organisme aux médications modernes que nous avons utilisées, nous croyons pouvoir tirer quelques interprétations intéressantes.

1° Nous avons été deux fois, chez cette même malade, en présence d'un coma très profond, avec abolition de toute sensibilité cutanée, syndrome neuro-végétatif grave, et deux fois le ganglioplégique 92-95 a paru combattre efficacement le coma.

2° Chaque fois, les séquelles de l'ictus ont été réduites au minimum. Récupération totale la première fois, même dans la sphère du langage. Persistance d'un seul signe de Babinski la deuxième fois.

3° Comme Petit-Dutaillis l'a remarqué, le ganglioplégique n'a eu apparemment aucun effet aggravant sur un rein déjà touché, si l'on en croit les bilans biologiques successifs et la diurèse.

4° En ce qui concerne le rôle de l'héparine, il a été incontestablement nocif, déclenchant le second ictus. En fait, c'est la main forcée que nous l'avons utilisée : danger imminent d'embolie septique, chez cette malade anxieuse, dont le membre thrombosé ne pouvait être maintenu dans de bonnes conditions ; tableau clinique d'infection pulmonaire.

5° Si l'on admet que l'ictus est pré-hémorragique, l'emploi du ganglioplégique à la phase immédiate des troubles neuro-végétatifs limi-

terait les désordres anatomiques en réduisant le saignement. Nous avons été en effet frappés de l'intégrité de l'hémisphère gauche (seulement un peu de liquide sanglant dans le ventricule latéral, chez cette femme, qui avait présenté au sortir du coma une hémiplégie totale avec aphasie).

Observation 2. — Mme P..., 71 ans, entrée dans le service le 26 septembre 1952 pour pseudo-paralysie générale de Klippel. Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Liquide céphalo-rachidien normal. Signe du croisement au fond d'œil, pupille paresseuse. Artériosclérose périphérique nette. Néphrite albuminurique et azotémique. Tension artérielle 24/10. Le 27 mars 1953, ictus avec coma vigile. La malade répond aux excitations cutanées. Paralysie faciale droite, hémiplégie droite (prédominant au membre supérieur). Babinski droit. Température 36°6. Injection immédiate de 25 mg. de pendiomide, qui abaisse la tension artérielle à 15/10. Cœur bien frappé. Une heure après, la malade est sortie du coma, présente une monoplégie nette du membre supérieur droit. Babinski toujours positif. Aphasie à prédominance sensorielle, crises de rire spasmodique. On continue par voie intra-musculaire puis sous-cutanée les injections à la dose de 100 mg. par jour en doses fractionnées le plus régulièrement possible. Il reste très difficile de maintenir la tension artérielle à un niveau stable. Le lendemain, la malade se sert parfaitement de son bras droit. Le Babinski a disparu. On note une légère dysarthrie avec voix nasonnée. Teinte érotique des propos. Elle boit difficilement et, après quelques jours, la démarche à petits pas dans le service est caractéristique.

Trois semaines plus tard, le 10 avril 1953, ictus grave : quadriplégie et anesthénie complète. Déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la gauche. Cheyne-Stockes. Tension artérielle 22/10. Babinski bilatéral. Crise comitiale généralisée cinq minutes après le début de l'ictus. Injection de 50 mg. de pendiomide en intraveineuse. La tension artérielle s'abaisse à 10/5 pour se stabiliser peu après à 13/10. Crises bravais-jacksoniennes bilatérales de la face allant rapidement en s'atténuant. Une demi-heure après, la malade sort du coma, ce qui permet de vérifier la réalité de la quadriplégie. On met en route un sérum sous-cutané sous couvert d'une ampoule d'hyaluronidase, ce qui permet de distribuer le pendiomide de façon continue. Quatre heures après, rotuliens et achilléens réapparaissent. Le lendemain, la malade a retrouvé l'usage de ses membres. Persistance d'un Babinski droit, qui existe encore huit jours après. Seule l'aphasie mixte reste très importante.

Etant donné l'absence d'atteinte des dernières paires craniennes, nous nous sommes arrêtés à l'hypothèse d'un ramollissement sylvien profond bilatéral. A la différence de la première observation, le traitement a porté les fruits que l'on doit normalement en attendre, c'est-à-dire la survie du malade. Cette survie a revêtu un caractère particulièrement spectaculaire, par la disparition rapide de symptômes (coma, quadriplégie) qui habituellement font présager presque à coup sûr la mort toute proche.

Nous n'hésitons pas à attribuer ce résultat à l'action du ganglioplégique. Nous nous sommes également demandé si ce n'est pas à ce

médicament qu'on pouvait attribuer la transformation de l'épilepsie généralisée en épilepsie bravais-jacksonienne, par une limitation de l'irritation. Ferey (1) a rapporté déjà l'effet radical du penthonium sur un état de mal ayant résisté à toutes les thérapeutiques classiques. Digonnet, de son côté, a stoppé un état de mal éclamptique par la même thérapeutique.

Nous croyons que l'action de ces médications modernes, et tout particulièrement des ganglioplégiques, est susceptible d'amener des résultats très intéressants dans des cas d'accidents cérébraux graves, où l'abstentionnisme est trop souvent la règle.

Nous nous sommes efforcés de mettre au point une méthode qui répondît aux objections d'ordre général et d'ordre pratique.

a) *D'ordre pratique.* — Nous avons été gênés par la difficulté de maintenir à un niveau stable la tension artérielle en utilisant les voies intra-musculaire ou sous-cutanée ; les injections par ces voies sont forcément discontinues, donc à effet variable. En revanche, la voie veineuse serait excellente, mais difficile à conserver chez les malades atteints d'hémorragie cérébrale, car la présence à demeure d'un tube de polythène nécessite une dose d'héparine préventive, dont nous avons touché du doigt les dangers chez une malade en instance constante de saignement. L'un d'entre nous (N. Bize) a cru résoudre cette difficulté en utilisant les propriétés diffusantes de l'hyaluronidase, pour distribuer régulièrement le produit en solution dans un sérum ordinaire.

Les premières injections pratiquées très lentement, sous contrôle de la tension artérielle et de l'indice oscillométrique, seront toujours intraveineuses. Dès que l'on aura obtenu l'abaissement tensionnel désiré, on installera le sérum véhicule du médicament dans le but de maintenir ce niveau. Il y a lieu de tenir le plus grand compte de la susceptibilité si variable de chacun, des hypertendus en particulier.

b) *D'ordre général.* — Les anesthésistes anglais, qui ont une grande expérience de l'hypotension contrôlée chirurgicale, nous mettent en garde contre le danger d'atteinte coronarienne, mais ces accidents surviennent surtout dans la technique d'hypotension avec déclivité que, bien entendu, nous ne pratiquons pas dans les indications visées ici. Bien d'autres considérations pourraient être faites sur ces tentatives. Nous voulons seulement aujourd'hui attirer l'attention de nos confrères des hôpitaux psychiatriques, dont les services permettent des interventions immédiates quasi-expérimentales, et dont l'action, souvent plus autorisée que la nôtre, pourra contribuer à explorer un nouveau domaine de la thérapeutique.

(1) D. Ferey. — Le penthonium dans les crises d'épilepsie subintrantes post-opératoires. *Presse médicale*, 12 novembre 1952, p. 1531.

Les curarisants par voie rectale en psychiatrie,

par MM. G. Demay, J. de Montremy et R. Misès.

En 1952, M. Jean Delay et ses collaborateurs (1), exposant les modalités de la curarisation par voie rectale, en citaient les principales indications en thérapeutique psychiatrique. Depuis un an, dans notre service de Maison-Blanche, nous avons utilisé cette méthode, dont nous allons tenter de dégager les principaux résultats, en soulignant l'innocuité de cette voie d'administration. Auparavant, nous résumerons rapidement les bases théoriques et expérimentales.

I. Exposé de la méthode. — On sait que l'action des curares s'exerce essentiellement sur la jonction myoneurale, provoquant, selon la dose, d'abord une simple hypotonie musculaire, avec fatigabilité, puis une atonie musculaire, mais avec subsistance de la motricité volontaire et réflexe, enfin une paralysie avec aréflexie, d'abord paralysie dite de Vulpian, où la contractilité à l'excitation électrique subsiste, puis paralysie totale de Claude-Bernard, avec blocage complet des influx nerveux à la jonction myoneurale. La voie intraveineuse permet une action brutale, massive, de courte durée, provoquant une paralysie musculaire aussi complète qu'on le désire, et c'est ce relâchement idéal que l'on utilise par cette voie en chirurgie, en bronchoscopie, ou en psychiatrie pour supprimer les convulsions de l'électrochoc.

Cette action devant être étalée pour certaines applications médicales, on utilisa d'abord la voie intra-musculaire, avec des solutions-retard comme véhicules des produits curarisants. En fait, ces procédés sont restés peu maniables et les risques relativement grands. C'est seulement en 1952 que l'activité pharmacologique des curares par voie rectale fut découverte et expérimentée chez l'animal. Chez l'homme, cette voie d'administration ne provoque qu'une hypotonie, avec au maximum une atonie des muscles de la face et au plus des spinaux. L'effet, d'autre part, est d'apparition beaucoup plus lente. Le maximum d'action est obtenu vers la trentième minute et la décurarisation s'étend sur trois ou quatre heures.

En répétant les doses, la voie rectale permet donc une curarisation atténuée, continue et régulière, c'est-à-dire l'installation d'une hypotonie musculaire prolongée, « infracurarisation » qui s'accompagne d'un effet neurovégétatif de type ganglioplégique avec, selon les produits curarisants, un effet central diffus plus ou moins marqué.

(1) J. Delay et J. Thuillier. — Curarisation par voie rectale (*Société de thérapeutique et pharmacologique*, séance du 16 janvier 1952). *Thérapie*, 1952, 7, n° 1. — J. Delay et J. Thuillier. — Curarisation expérimentale par voie rectale. *Société biologique*, séance du 9 février 1952. — J. Delay, J. Thuillier, de Montrémy et Y. Tardieu. — Curarisation par voie rectale. *La Presse médicale*, n° 63, 8 octobre 1952, p. 1431-1431. — J. de Montrémy. — L'infracurarisation par voie endo-rectale et ses applications thérapeutiques en neuro-psychiatrie. *Thèse*, Paris, 4 avril 1952.

II. Mode d'action. — Les indications de l'infracurarisation découlent d'un mode d'action triple : *a*) l'obtention et le maintien d'une atonie ou d'une hypotonie prolongée permettent des applications en neurologie, dans les cas de contracture pyramidale ou extra-pyramidale, en orthopédie ou en mécanothérapie. Chez le malade psychiatrique, on obtient ainsi une sensation subjective de fatigue, de lourdeur, une tendance à l'inaction dont le rôle est essentiel ; *b*) l'effet neurovégétatif qui semble, à faibles doses, être muscarinique et sympatholytique, offre une utilisation en pathologie viscérale et fait évoquer une action ganglioplégique ; *c*) enfin, il apparaît, surtout à la longue, une action centrale indéniable. L'euphorie, la sédation, le besoin de sommeil nous semblent en être l'expression. Que cette action soit due à une action directe du médicament ou au résultat des modifications périphériques, elle nous a semblé pouvoir servir pour une utilisation en psychiatrie.

III. Produits et posologie. — Nous avons utilisé comme produits les dichloro- et dibromo-benzylate de N-N'-diéthyl-amino-éthyl-pipérazine, produits dont les synthèses et les études pharmacologiques ont été faites au laboratoire de la chaire de pharmacologie (1). Ces produits ont été testés, ils ont une action potentialisatrice centrale, qui a été mesurée expérimentalement et ne possèdent qu'un minimum d'effet secondaire. La toxicité sur les parenchymes est pratiquement nulle.

Le seul incident auquel on pourrait penser serait celui d'une curarisation vraie par suite, par exemple, d'une vaste ulcération ano-rectale, qui transformerait l'absorption lente par la muqueuse rectale en une véritable injection intra-veineuse. En fait, il faut compter, à ce niveau, sur une pression veineuse fortement positive, le suppositoire demande un certain temps pour fondre et, sur plus de 7.000 suppositoires utilisés, il n'y a jamais eu l'ébauche d'un tel incident. Par prudence, on peut instituer une surveillance pendant la demi-heure qui suit l'introduction du premier suppositoire et être prêt à combattre une improbable curarisation par la respiration artificielle et l'injection de prostigmine. Signalons cependant une contre-indication absolue, c'est la myasthénie.

Nous utilisons cinq à six suppositoires de 1 gr. par jour. Il faut noter la grande variation de susceptibilité individuelle. Il s'avère parfois que l'on peut abaisser ces doses. Il est possible que l'on puisse ou que l'on doive les augmenter pour obtenir un effet.

IV. Nos essais. — Dans notre service, nous avons appliqué l'infracurarisation par cures de dix jours en moyenne, de vingt jours au maximum. Nous avons effectué au total 16 cures. Disons d'emblée que l'effet obtenu fut toujours symptomatique. La méthode n'a bien

(1) 340 H.C. et L.B.C. 132 préparés par les laboratoires Bruneau sous forme de suppositoires dosés à 1 gr. et 0 gr. 50 de produit actif.

entendu, jamais prétendu vouloir guérir directement, biologiquement, une névrose ou une psychose. Mais elle apparaît comme un traitement d'appoint parfois remarquable.

1) *Dans la cure de sommeil.* — Nous avons d'abord tenté d'utiliser cette méthode dans la cure de sommeil. Nous avons pensé que l'hypotonie musculaire provoquée amènerait une fatigabilité, une détente, un calme favorables à l'action des autres médicaments ganglioplégiques et hypnotiques mis en œuvre. De plus, l'action centrale et neuro-végétative pouvait avoir un effet potentialisateur. Nous avons ainsi institué quatre cures de sommeil. Sans préjuger du résultat thérapeutique, et en ne nous plaçant que sur le plan potentialisation, nous avons trouvé que la réalisation de la cure de sommeil, qui est toujours délicate, nécessitant des doses souvent considérables d'hypnotiques, se trouve très facilitée par l'emploi prolongé des curarisants par voie rectale.

Nous avons réalisé des cures de 18 à 22 heures de sommeil, à l'aide des cocktails quotidiens suivants : 500 mgr. d'amytal sodique ; 6 gr. de chloral ; 3 gr. de bromure et cinq suppositoires de curare. Une ampoule de scopolamine, de phénergan, de sédol ; 6 gr. de chloral ; 4 gr. de bromure, cent gouttes de somnifène et cinq suppositoires de curare. 3 ampoules de 4560 R.P. ; 300 mgr. de nembutal ; trois suppositoires de curare.

Ces doses sont, on le voit, extrêmement faibles, par rapport aux doses habituellement nécessaires. Ces cures, d'autre part, ont été très effectives. Dans deux de ces cures, l'arrêt précoce de la méthode adjointe d'infracurarisation, provoqua, dès le lendemain, un réveil à peu près complet, avec réapparition de la tension nerveuse de la malade. La reprise des suppositoires de curare rétablit la régularité du sommeil.

2) *Dans les états d'agitation.* — En second lieu, sans aller jusqu'à la réalisation de la cure de sommeil, nous avons essayé d'instituer une infracurarisation prolongée en synergie avec d'autres médicaments pour obtenir des sédations d'états d'agitation intense liés à des causes diverses.

a) Nous l'avons essayée dans des cas de troubles profonds du comportement et de l'affectivité chez des schizophrènes turbulentes, impulsives, violentes.

Dans deux cas non modifiés après insulino- et sismothérapie, nous avons assisté à une diminution nette de la véhémence de l'agitation pendant la durée de la cure. Néanmoins, la sédation ne fut que relative, elle ne fut pas complète, et l'agitation reprit, aussi violente, dès la fin de la cure. Par contre, chez des malades schizophrènes, chez lesquelles l'agitation, les impulsions et la violence semblaient en rapport avec une anxiété manifeste, nous avons obtenu des résultats beaucoup plus nets. Nous en donnons deux observations.

L'une d'elles, malade de 45 ans, internée depuis plus d'un an, avait, à de nombreuses reprises, frappé une infirmière, une autre malade, cherchant à griffer, à mordre, crachant, gesticulant, invectivant en hurlant celui qui l'approchait. De façon évidente, un gros syndrome psycho-sensoriel était à l'origine de l'anxiété énorme qu'elle manifestait et qui la faisait parfois trembler de tous ses membres. Cet état n'avait pas été modifié par des électro-chocs suivis d'une encéphalographie gazeuse. Dès le 2e jour de la cure, elle présenta une amélioration spectaculaire de son état. L'agitation disparut de façon complète. On put la laisser circuler, et c'est surtout le processus de l'amélioration qu'il est intéressant de noter : d'une part, son anxiété était diminuée et, d'autre part, la sthénie à l'égard des éléments qu'elle considérait comme persécuteurs, à l'égard de son syndrome psycho-sensoriel, était tombée. L'amélioration persista quelques jours après la cure puis son comportement antérieur réapparut. Une nouvelle cure amena un résultat identique. De même deux autres cures.

La deuxième malade était aussi un cas assez désespérant. Il s'agissait d'une institutrice noire de 29 ans, qui présentait un état dépressif atypique jugé comme réactionnel par inadaptation en France. Après 10 électro-chocs, l'état dépressif tombé, la malade se montre très discordante, instable, violente, hallucinée ; tantôt elle se jette sur une autre malade pour la mordre, tantôt elle passe son poing à travers un carreau. Ses réactions étant incompréhensibles et imprévisibles, elle doit être ainsi maintenue en maillot pendant pratiquement deux mois sans aucune modification de son état. Ne supportant pas la cure de Sakel, on lui fait une cure de sommeil, d'ailleurs brève, car mal tolérée, cure à base de suppositoires de curare. La sédation est remarquable, le comportement est devenu satisfaisant. On a, bien entendu, supprimé le maillot, elle est levée, et travaille avec efficacité à l'atelier. Mais cette sédation ne dure que quinze jours. Un nouveau traitement, uniquement à base de suppositoires, donne un résultat, mais moins net que la véritable cure de sommeil.

b) Dans deux accès d'excitation maniaque, ce traitement n'amena pratiquement pas de modifications. L'agitation motrice, l'hypersthénie diminuèrent peut-être légèrement, mais le dérèglement de l'humeur ne fut absolument pas influencé.

c) Nous avons également noté une efficacité dans un cas d'agitation chez une épileptique, en maintenant bien entendu sa thérapeutique anticomitiale à base de barbituriques et d'hydantoïnes.

3) *Chez des déséquilibrées caractérielles,* à un moment où les troubles du caractère étaient particulièrement marqués, on obtint une certaine amélioration du comportement. Ce n'est là encore pas tellement la possibilité motrice d'agitation qui diminua que l'hypersthénie de la malade, sa méchanceté, son besoin de violence. Chez trois malades qui avaient des crises de nerfs très théâtrales, avec cris, convulsions, nous avons obtenu un certain calme et une diminution de leur attitude névropathique.

Ce calme paraît surtout dû à une réduction de leur sthénie à l'égard de leurs manifestations pithiatiques, et, si nous le rapprochons de

résultats très heureux obtenus, en dehors de notre service, en clientèle, sur des névroses pures ou de simples états psychologiques réactionnels, cela nous permet de penser à une action réellement efficace dans les névroses, en l'employant, soit de façon isolée, soit en synergie avec d'autres médications à effet central.

Conclusion. — En conclusion, l'infracurarisation prolongée obtenue par des curarisants de synthèse administrés par voie rectale constitue une méthode nouvelle d'action qui nous semble intéressante à employer en psychiatrie. Cette méthode a l'avantage d'une innocuité et d'une absence totale de toxicité, elle nous semble pouvoir être appliquée sans précaution particulière. Pour notre part, nous avons pratiqué des cures d'une dizaine de jours, à raison de cinq suppositoires de 1 gr. par jour.

En général, il est obtenu une hypotonie entraînant une fatigabilité et une tendance à l'inaction, avec une certaine action centrale sédative. Il s'y adjoint de plus un effet neuro-végétatif, faisant évoquer une action ganglioplégique. Nos essais nous ont donné des résultats heureux dans la cure de sommeil, où la méthode semble permettre une nette diminution du cocktail hypnotique pour une obtention plus facile du sommeil. Employée de façon isolée, ou en synergie avec d'autres sédatifs, nous avons relevé une action intéressante sur l'anxiété. Nous avons l'impression d'une action sur l'expression physique de l'anxiété, c'est-à-dire l'angoisse, et, d'autre part, sur certaines de ses composantes psychologiques. Ainsi le danger paraît moins présent, moins fatal, moins imminent.

En agissant sur l'anxiété et en provoquant une hypotonie musculaire, nous obtenons une sédation parfois remarquable dans les états d'agitation. Parfois cependant nous n'obtenons qu'un effet minime, nous pensons que c'est lorsque l'agitation est en rapport avec un dérèglement thymique. Céderait-elle à des doses plus importantes ? Dans l'ensemble, par son action sur l'anxiété, sur l'agitation, comme potentialisation de sédatifs ou d'hypnotiques, par son emploi pour la réalisation de la cure de sommeil, l'infracurarisation prolongée représente, à notre avis, une méthode thérapeutique d'appoint intéressante dans certains cas en psychiatrie. Il nous semble qu'elle puisse être appelée, maintenant que sont au point ces produits curarisants, à une assez vaste utilisation.

Discussion

M. M. Leconte. — Puisque le Dr Daumézon élimine l'existence d'azotémie dans ce cas mortel, quel était le taux de l'urée sanguine avant l'application du traitement.

Devant de seules affirmations cliniques, il est imprudent de pratiquer des essais de traitements nouveaux non sans danger, sans s'être assurés de l'état des principales constantes biologiques préalablement à toute expérimentation thérapeutique.

A l'admission, j'ai pensé que l'infra-curarisation pouvait utilement être

utilisée dans le but de calmer certaines agitations. Mon expérience se limite à deux cas, tous deux traités par le 340 H.C. que m'avait procuré le Dr Thuillier, chef de laboratoire à la clinique des maladies mentales. La technique devait consister à introduire le suppositoire à des intervalles croissants ; le second trente minutes après le premier, le troisième une heure après le second, le quatrième deux heures plus tard.

Une malade excitée maniaque ainsi traitée put être transférée le lendemain, calme, sans moyen de contention. La seconde, âgée de 39 ans, était aussi une maniaque ; elle avait été traitée à plusieurs reprises pour des accès, tantôt dépressifs, tantôt d'excitation, le premier étant apparu à l'adolescence.

L'accès actuel avait débuté quelques jours auparavant, mais l'agitation violente ne remontait qu'à trois jours. La malade avait été placée dans un service hospitalier qui nous l'adressait. Le soir de son arrivée, la température était à 38°, mais elle baissait rapidement à 37°2 lors du début du traitement.

A l'examen, on ne notait aucun signe spécialement inquiétant. La tension était 14/8, le pouls 80 ; quelques ecchymoses étaient relevées sur le corps, séquelles sans doute de l'agitation précédente.

Le premier suppositoire fut placé sans incident notable, le second une demi-heure plus tard ; la respiration et le pouls restaient normaux. Vingt minutes après l'administration du deuxième (il semble que ce délai coïncide avec le maximum de concentration du produit), la malade, assise, bleuit brusquement, cessa de respirer, multiplia les gestes de détresse (attestant ainsi la non-curarisation). En moins de 30 secondes le pouls s'arrêta. Des manœuvres variées, accompagnées pour commencer d'injection de prostigmine, une respiration artificielle prolongée d'oxygène et de carbogène, une injection intra-cardiaque, ne permirent pas de ramener la malade à la vie.

Il s'agissait, rappelons-le, d'un adulte jeune, en bonne santé physique, n'ayant présenté aucun antécédent pathologique sérieux. Pendant les 20 heures environ qu'elle avait passées dans le service avant le traitement, aucun signe inquiétant n'avait été constaté. Des raisons psycho-sociales, faciles à concevoir, ne nous ont pas permis de faire l'autopsie.

De pareils faits peuvent être rapprochés de l'accident signalé par Sivadon au cours de curarisation à dose faible avant l'électro-choc et aussi d'autres accidents enregistrés toujours dans l'infra-curarisation, qu'on explique d'ordinaire par une action sympathicolytique isolée, limitée plus particulièrement aux bronchospasmes.

Il m'a paru indispensable de rapporter cet accident, sans doute exceptionnel, contre lequel on peut imaginer diverses thérapeutiques (particulièrement l'intubation), qui ne cadrent pas avec le caractère des indications auxquelles on pense faire l'infra-curarisation.

Perversions sexuelles et lobotomie. Un échec rapide. Un succès maintenu depuis plus de deux années, par MM. A. Brousseau, Yves Guiguen et Jean Brocheriou.

Nos communications précédentes traitaient plus spécialement d'essais de thérapeutique neuro-chirurgicale chez des sujets atteints de troubles graves et invétérés du caractère et du comportement social, ainsi que d'une toxicomanie incoercible. Nous désirons vous entretenir aujourd'hui de deux cas où la perversité sexuelle domine le tableau clinique.

Observation 1. — Gaston M... fut interné en 1948 à l'âge de 33 ans, après expertise médico-légale. Inculpé d'attentat aux mœurs (il s'était fait confier un petit garçon) et de tentative d'escroquerie (au détriment des parents de l'enfant), il fut tenu pour pervers sexuel du fait de l'évolution d'un parkinsonisme post-encéphalitique. C'est sous cette rubrique qu'il nous fut adressé en 1949.

Déjà nos collègues, les Drs E. Jacob, Cl. Pottier et M. Hyvert, à l'occasion d'une nouvelle expertise, n'avaient pas trouvé de signes de cette affection neurologique, dont nous découvrons plus tard qu'elle était feinte, et qu'il se fit réformer pour parkinsonisme fruste grâce à un tremblement simulé. Il essaie d'en user devant nous, puis démasqué, l'abandonne définitivement. Obséquieux, fourbe, nous opposant longuement une réticence prolixe, il a tous les dehors d'un tartufe gras, hypocrite, se disant victime de sa charité pour les enfants frustrés d'affection ou de foyer.

Ses parents seraient normaux : de ses deux frères, l'un boit en excès, l'autre est instable et volage. Il est intelligent, rusé, possède une bonne instruction primaire. Devenu comptable, il se marie en 1940. Il buvait déjà. Il exploite sa femme, ses beaux-parents, travaille irrégulièrement. Le ménage a deux enfants, bien qu'il préférât les rapports sodomiques, et qu'après la dernière naissance il eût exigé de sa femme l'onanisme. Après maints bluffs et mensonges, il confesse que, depuis sa seizième année, de masturbateur solitaire, il devint pédéraste. Il commença par rechercher ses partenaires en des cafés spécialisés. Plus tard, il fut surpris par sa femme avec un jeune garçon qu'il lui avait fait recevoir. Enfin, sous le couvert du scoutisme, il attenta maintes fois aux mœurs d'enfants ou d'adolescents confiés à ses vertus éducatives. A l'hôpital même, il tenta d'obtenir sa sortie pour devenir secrétaire d'un abbé qui s'en portait garant. Notre enquête établit qu'il s'agissait d'un autre pervers récemment sorti d'un hôpital psychiatrique.

Au bout de dix-huit mois, invoquant les heureux résultats obtenus sur certains de ses camarades, il sollicite une lobotomie. Le 27 février 1952, le Dr Marcel David, par la technique de Poppen, pratique une large section sous-corticale bilatérale avec aspiration au suceur et coagulation simultanée. Les suites opératoires furent normales. Son aspect, sa manière de s'exprimer et de se conduire parurent très heureusement modifiées. Nous proposâmes sa sortie (12 juillet 1952) en indiquant que c'est là le seul test possible de la qualité des modifications intervenues. Sa mère, très touchée de cette transformation apparente, offrit de le recevoir chez elle.

Peu de jours avant sa sortie — le 27 août — nous apprenons qu'il doit répondre d'une filouterie de taxi commise en 1946. Il est remis aux autorités judiciaires. Il bénéficie en octobre d'une amnistie. Peu après, il fait insérer dans un journal une annonce de caractère philanthropique, offrant de subvenir à l'éducation et à l'instruction d'enfants malheureux. C'était, prétend-il, afin d'administrer à son beau-frère la preuve de la confiance qu'il méritait et que ce dernier ne lui accordait pas à l'égard de ses propres enfants.

Il recrute ainsi, pour ses plaisirs, deux petits garçons, dont il abuse la famille. Arrêté le 3 décembre, il nous est renvoyé sous un masque de contrition que débordent bientôt son impudence et l'aveu d'une salacité perverse. Seule l'hyperémotivité épisodique paraît amendée.

Ce cas constitue l'échec le plus rapide et le plus complet que nous ayons jusqu'ici enregistré. Peut-être nous apporte-t-il une raison de plus de chercher à préciser davantage les nuances cliniques qui distinguent diverses catégories de faits auxquels on applique communément la rubrique « perversions instinctives » car chez un autre de nos malades, marqué de perversité maligne, mais à laquelle se trouvait associée une disposition mythomaniaque beaucoup plus affirmée, nous avons, par lobotomie bilatérale, obtenu des résultats bien différents.

Observation 2. — Agé de 24 ans, André G... est interné le 24 juin 1949 par les soins du Dr Michaux qui, à l'Infirmerie psychiatrique, rédige le certificat suivant :

« Perversions instinctives. Amoralité foncière. Malignité universelle. « Paresse. Escroqueries. Port illégal de décorations et d'uniforme. Cartes « de visite au nom du comte de G... Vanité mythopathique. Hâblerie fantas- « tique. Simulation d'hémoptysies. Allégation de blessures multiples. Col- « lecte parmi ses camarades de travail à l'occasion du décès prétendu et « faux de sa fille, décès qui lui vaut en outre un congé. Perversions sexuel- « les : tentative de coït buccal avec sa fille, âgée de 18 mois. Scatologie : « barbouille la figure de sa femme de matières fécales. Coups à sa femme « et à sa belle-sœur. Menaces de mort. Bourreau domestique. Récidivisme « infini des réactions de malignité. Intelligence normale. Négation de tous « les faits puis aveu de la plupart d'entre eux. Examen neurologique négatif. « Aurait présenté une méningite à l'âge de 2 ans. Malade dangereux à inter- « ner à la section des aliénés dangereux à Henri-Colin. »

Au Dr Beaussart, le 1er juillet, il conte avoir été blessé au poumon par un éclat de grenade (avril 1945) et subi une intervention chirurgicale pour extraction du projectile, d'où séquelles hémoptysiques. On ne découvre pas de cicatrice thoracique. Il avoue enfin avoir menti. Il nie avoir jamais menacé de mort sa femme et sa belle-sœur. Tout au plus, la négligence ménagère de l'épouse entraîne-t-elle quelques petits différends. Sa mauvaise santé et son peu de références l'empêchent de travailler régulièrement. Il se prétend évadé d'Allemagne, ancien maquisard, engagé dans une unité régulière jusqu'à sa réforme (mai 1945).

Dans le service, il joue d'abord à l'incompris, à la victime de la malignité des voisins. Peu à peu, il avoue avoir barbouillé d'excréments le visage de sa femme, mais c'était par plaisanterie, avec les couches souillées de l'enfant, tandis qu'elle le changeait. Il reconnaît aussi avoir fait en 1948 une collecte parmi ses camarades, prétendant qu'il venait de perdre un enfant. Sa femme témoigne de sa malignité : « Il ne sait que faire pour m'abaisser. » Il lui monte comme par mégarde sur les pieds, lui tord en passant le mamelon, lui urine au visage qu'il lui enduit parfois, ainsi que sur sa belle-sœur, de ses propres excréments, la contraint de préparer l'uniforme orné de décorations qu'il porte illégalement et dont il use pour faire quelque nouvelle conquête. Du titre de comte dont il se pare, il éblouit une jeune fille, qui meurt bientôt à la suite de manœuvres abortives. Se disant divorcé, il induit une femme de 53 ans à quitter son travail et lui promet le mariage. Chez nous, il simule un jour des préparatifs de pendaison, puis

des hémoptysies (en se suçant les gencives). Bientôt il pleurniche, et convient de ce qu'il appelle des « taquineries » conjugales.

Issu d'une troisième grossesse de sa mère — la première terminée par un avortement de deux mois — il naît prématurément (au 7e mois). Au cours de sa première année, il fait plusieurs convulsions. Le volume anormal de son crâne, et ses crises, déterminent les médecins de l'hôpital Bretonneau à lui faire plusieurs ponctions lombaires puis, dit sa mère, des piqûres pendant plusieurs années. Cependant, la réaction de Bordet-Wassermann aurait toujours été négative chez ses parents et lui-même.

Au cours de la seconde enfance, il est sujet à des « colères bleues ». Un médecin craint la « méningite » et fait différer le début de la scolarité. Il obtient à 12 ans le certificat d'études primaires puis il travaille en France jusqu'à la libération, à laquelle il ne prend aucune part.

Marié en 1945, il se comporte en petit tyran familial, taquin, cruel, brutal ou obscène à l'occasion. Il lui est arrivé, devant sa femme et sa mère, de tremper sa verge dans un verre d'eau et de leur demander de boire. Il tente par deux fois d'introduire son membre viril dans la bouche de sa petite fille (18 mois). Elle pleurait, il lui dit « ça remplace ton biberon ! ». Il travaille peu et irrégulièrement, vit surtout de l'argent que gagne l'épouse qu'il outrage et parfois maltraite. Il se fait, aux avant-bras, des brûlures superficielles pour faire croire aux femmes qu'il a été victime d'un accident. Il lui advint d'être employé en qualité de comptable. Il détourna 120.000 francs, que sa femme fut obligée de rembourser. Dans le service, une fois démasqué, il devient plat, obséquieux devant le médecin, récriminant avec le personnel. La mère et le frère font pression sur la femme et sur le médecin pour obtenir sa sortie.

Enfin, le malade et sa famille sollicitent une lobotomie. Nous la proposons. L'électro-encéphalogramme pratiqué au centre de neuro-chirurgie de Sainte-Anne montre, le 19 février 1951 : « Rythme alpha, 10 c./s. abondant mais avec des bradyrythmes et une grande variabilité d'amplitude. Certains éléments plus amples sont assez pointus. Bonne R.A. A l'hyperpnée, les bradyrythmes sont plus nombreux et quelques ondes paroxystiques apparaissent. »

Le 23 février, André G... est opéré par le Dr Morice, assistant du Dr Marcel David. La section sous-corticale bilatérale est pratiquée sans incident. Dix jours après, il revient dans notre service. Très vite, il paraît amélioré, travaille régulièrement aux ateliers, se montre aimable, souriant, sociable et sans détours. Les tests pratiqués au service de neuro-chirurgie marquent une récupération rapide de l'efficience, sans aucune modification intellectuelle. Sur notre proposition, il est mis en liberté le 27 juin 1951. Depuis ce temps, il mène une vie régulière et laborieuse. Rotativiste, il accomplit de nombreuses heures supplémentaires, ce qui détermine un certain amaigrissement. Il se conduit avec sa femme de la manière la plus normale. Il gagne largement sa vie et fait des projets sensés d'amélioration, par son travail, du bien-être familial.

André est régulièrement suivi. Chaque fois, il exprime sa reconnaissance et témoigne du changement intervenu. Il est attentif, d'esprit vif, de bonne humeur, ne souffre de rien d'autre que du surmenage professionnel, auquel il lui est impossible actuellement de se soustraire. Il mange et dort bien. Son comportement sexuel est normal. L'enquête sociale confirme tous ses dires.

En somme, le pervers sexuel s'est normalisé, la malignité, les dispositions mythomaniaques, la paresse, les sévices conjugaux, l'instabilité professionnelle, les manœuvres abusives au détriment d'autrui, le cynisme taquin, érotique ou brutal, ne se sont plus manifestés depuis plus de deux années. Une section sous-corticale bilatérale a permis qu'André C., victime d'accidents neurologiques frustes au cours de la première enfance, et, par là, un peu plus gâté dans sa jeunesse, se comporte pour la première fois comme un adulte normal dans sa vie conjugale, professionnelle et sociale. Le jugement qu'il porte sur soi, sur son passé, nos examens renouvelés, ainsi que l'enquête menée par notre assistante sociale, attestent l'heureux épanouissement d'une conscience morale.

Test de Rorschach et réaction d'arrêt du tracé électro-encéphalographique, par MM. P. Duran, M. Favier et M. Defayolle.

Ce travail porte sur une vingtaine de sujets examinés dans le service de neuropsychiatrie de l'hôpital militaire d'instruction Des-Genettes. Parmi les tracés obtenus, dix, les plus significatifs, ont été retenus.

1) Technique. — *a*) La méthode classique a été utilisée, tant pour le dépouillement que pour l'élaboration du psychogramme, dont les différents éléments ont ensuite été regroupés selon les données de l'analyse factorielle. Cette dernière a porté sur les points suivants : nombre de réponses, temps de réaction, réponses globales, détails d'intervalles, formes habituelles et douteuses, mouvements humains, mouvements animaux, somme des réponses clairs-obscurs, rapport entre FC et C, réponses animales, nombre de réponses aux trois dernières planches, tous ces *items* étant préalablement ramenés au pourcentage.

Les corrélations entre ces variables ont été calculées sur un échantillonnage de 150 sujets normaux et ont révélé l'existence de deux facteurs.

Le premier facteur (F 1) est caractérisé par les données suivantes : peu de réponses globales, nombreuses interprétations fournies en peu de temps, formes bien vues, nombreuses réponses animales, FC contrôlant bien C.

Le second (F 2) est bipolaire. Une première moitié, positive, comprend : prédominance des FC sur les C et CF, même constatation pour les F Clob, nombreuses interprétations aux planches colorées, peu de réponses globales ; la seconde moitié, négative, renferme les éléments suivants : nombreux C et Clob mal contrôlés, peu d'interprétations animales, nombreuses kinesthésies humaines.

Les différences de distribution statistique entre les *items* étudiés nécessitent l'emploi des méthodes de pondération qui permettent de chiffrer chaque protocole en F 1 et F 2.

b) Pour l'électro-encéphalogramme, seule la réaction d'arrêt a été envisagée, paraissant à première vue la plus significative.

Nous avons retenu les dérivations suivantes : fronto-pariétale, qui, permettant l'enregistrement des mouvements palpébraux, fixe ainsi avec précision le moment d'ouverture et de fermeture des yeux ; temporo-occipitale, où les ondes α se révèlent les plus nettes ; bi-temporales, ou fronto-temporales, pour enregistrer plus électivement les potentiels sous-corticaux.

On mesure le temps nécessaire au retour du rythme α normal après occlusion des yeux succédant à la présentation de cartons blancs ou rouges, ceci pour une quinzaine d'essais par individu.

Deux indices peuvent ainsi être individualisés : I.R. (indice de récupération) = temps moyen pour le retour à la normale du rythme pour les excitations rouges ou blanches ; I.C. (indice chromatique) = rapport du temps de récupération entre les stimulis rouges et les stimulis blancs. Par ailleurs, on compare les tracés « sous-corticaux » pour les différents types d'excitation.

2) Résultats. — Nous avons rapproché les résultats en facteur 1 et 2 pour le Rorschach et en indice de récupération et indice chromatique pour l'électro-encéphalogramme. Le nombre de sujets examinés étant faible, il a fallu valider les résultats à l'aide du « t » de Student, permettant l'étude des petits échantillons. Seuls les résultats significatifs ont été envisagés ici.

1° *Indice de récupération et facteur 1.* — Deux groupes peuvent être distingués, se situant de part et d'autre d'un temps de récupération de 0 seconde 45. Le premier récupère son rythme α en moins de 0 seconde 45, et donne au Rorschach un facteur 1 de $-0{,}61 \pm 0{,}32$. Le second demande plus de 0 seconde 45 et fournit un facteur 1 égal à $-1{,}75 \pm 0{,}48$. La différence, significative à première vue, se révèle valable à l'analyse statistique ; pour une valeur de $t = 3{,}7$, il y a moins de deux chances sur cent pour que les résultats soient dus au seul hasard. On peut donc admettre un certain parallélisme entre les facteurs 1 et le temps de récupération (indice de récupération).

2) *Indice chromatique et facteur 2.* — L'étude a été conduite de la même façon que précédemment, le médian étant situé à 1,2 pour l'indice chromatique. Au premier quintile : de 0 à 1,1 correspond un facteur 2 égal à $-5{,}1 \pm 2{,}1$. Au deuxième : 1,2 et plus, répondent, pour ce même facteur, la moyenne et l'écart standard suivants : $-3{,}56 \pm 2{,}8$. Là aussi, l'étude statistique montre que ces valeurs sont significatives, $t = 2{,}8$. Le facteur 2 et l'indice chromatique semblent donc varier dans le même sens. A un facteur 2 élevé correspond une récupération plus lente après les stimulis rouges.

3) Interprétation. — Après cette suite de résultats un peu aride, nous tenterons une explication de ce parallélisme entre Rorschach et électro-encéphalogramme.

Faure, en 1951, a étudié le comportement de l'électro-encéphalogramme des sujets auxquels on présentait les planches du Rorschach et a constaté entre autres qu'au cours d'une interprétation CF à la planche X le tracé cortical était perturbé, tandis que s'améliorait le tracé basal.

Cependant, d'après Faure, seules les implications affectives contenues dans son interprétation détermineraient ce phénomène, et même la structure de la planche n'interviendrait pas. Nous avons ailleurs émis l'hypothèse d'une base physiologique du test de Rorschach. Le facteur 1, mesurant la motivation, l'efficience de l'individu. Le facteur 2 étant en rapport avec les phénomènes d'excitation-inhibition décrits par l'école réflexologiste.

On peut expliquer le rapport entre indice de récupération et facteur 1 par les phénomènes d'induction réciproque simultanée (possibilité d'inhiber un stimulus pour être en mesure d'en subir d'autres). Les sujets à récupération rapide, possédant des phénomènes d'induction plus parfaits, sont donc en mesure de fournir un plus grand nombre de réponses au Rorschach en un temps plus court. De même, si l'on admet que la succession : réponses globales, détails, petits détails, répond à un mécanisme analogue, on comprend la fréquence des détails. Tous ces éléments sont caractéristiques du facteur 1.

En ce qui concerne le parallélisme entre indice chromatique et facteur 2, si l'on admet l'hypothèse de Marinesco, qui rattachait la production de C et CF à l'excitation des structures sous-corticales, et les FC à l'action inhibitrice du cortex, déclenchée par les phénomènes d'induction cortex- sous-cortex, tout devient clair et permet d'expliquer que chez les sujets à facteur 2 plus élevé (phénomènes inhibiteurs plus importants), la stimulation colorée demande un temps de récupération plus grand ; en effet, une forte excitabilité sous-corticale entraîne une inhibition corticale plus importante.

Pour tenter de vérifier cette hypothèse, la réaction d'arrêt fut examinée dans les dérivations profondes (bi-temporales et fronto-mastoïdiennes), ce qui a permis de constater que les sujets à facteur 2 bas (excités) présentaient une perturbation plus nette durant la stimulation colorée, à l'inverse des inhibés, traduisant ainsi le retentissement sous-cortical des excitations rouges.

Sur une intéressante thérapeutique d'appoint : les implants placentaires, par MM. P.-A. Bensoussan et F. Klein.

Bien que la nature de son mode d'action et de ses principes actifs reste encore indéterminée, la thérapeutique tissulaire a vu, dans ces dernières années, la gamme de ses indications s'élargir considérablement. Une très large expérimentation a été pratiquée dans les domaines variés de la pathologie générale, vasculaire, articulaire ou oculaire, et ici-même MM. Buvat, Gallot et Bureau ont rapporté leurs essais de traitement des psychoses.

Depuis plusieurs mois, nous avons systématiquement essayé d'apprécier les résultats de cette thérapeutique chez des malades (femmes) présentant des syndromes de dépression mélancolique simple, apparus au voisinage de la ménopause. Après avoir essayé de multiples extraits placentaires injectables, d'origine et de fabrication diverses, nous avons maintenant retenu la technique de l'implantation de fragments placentaires, dont l'action thérapeutique nous semble plus évidente et plus régulière que celle des extraits injectables.

Nous utilisons des fragments de placentas humains (deux fragments d'origine différente par implantation), préparés à partir de placentas sélectionnés (réactions sérologiques négatives, aspects morphologique et histologique et poids normaux) et mis en état de « souffrance tissulaire » par un séjour prolongé à basse température. Ces fragments desséchés et présentés en tubes stériles doivent être réhydratés par quelques centimètres-cubes de sérum physiologique environ une heure avant leur utilisation.

La technique d'implantation des fragments placentaires est extrêmement simple, encore qu'il faille souligner la nécessité de conditions rigoureuses d'asepsie. Une technique « chirurgicale » est nécessaire, si tant est qu'on puisse employer ce mot pour une intervention aussi minime : désinfection soigneuse de la surface cutanée, emploi de gants et d'un champ stérile.

Après anesthésie locale par quelques centimètres cubes de scurocaïne, une incision cutanée de 12 à 15 mm. est pratiquée dans la fosse iliaque. A partir de cette incision, on ménage, avec une longue pince-mousse et sans griffes un tunnel dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans lequel le fragment est ensuite introduit et poussé à fond, puis abandonné sous la peau à quelques centimètres de distance de l'incision cutanée. Le second fragment est mis en place de même, à quelques centimètres du premier. L'incision est ensuite fermée par une agrafe et recouverte d'un pansement stérile. Aucune autre hémostase n'est nécessaire. L'agrafe est retirée au troisième jour. La tolérance des fragments est excellente.

Nous n'avons jamais observé, sur une cinquantaine de cas, aucun

incident local ou général. Tout au plus doit-on noter, assez inconstamment d'ailleurs, une minime élévation thermique de 1° à 1°5 le soir ou le lendemain de l'implantation. Elle est, en règle, transitoire.

Dans une première série de cas, nous avons employé les implants placentaires chez des malades qui avaient déjà subi un traitement majeur convulsivant de leur épisode mélancolique, mais chez lesquelles le résultat de la convulsivothérapie n'avait pas été absolument parfait, et qui, quoique améliorées, n'en continuaient pas moins à présenter sur un mode mineur, mais cliniquement très net, des signes physiques et psychiques de dépression, qui nous faisaient hésiter à leur accorder leur sortie du service.

Dans une deuxième série, nous avons implanté des malades qui, en dehors de quelques sédatifs banaux au moment de leur entrée dans le service, n'avaient pas reçu d'autre traitement, soit qu'elles aient présenté des contre-indications à une convulsivothérapie, soit que nous nous soyons cru justifiés par le tableau clinique à tenter directement l'implant placentaire avant toute autre thérapeutique.

Dans une majorité très importante de tous les cas traités (environ 80 %) nous avons pu enregistrer une action très satisfaisante de la thérapeutique tissulaire, les cas restants ne se montrant pas améliorés avec évidence ou ne manifestant pas une autre tendance évolutive que celle qu'ils manifestaient au moment de l'implant. Nous n'avons enregistré aucune aggravation sur une cinquantaine de cas ce qui, avec l'absence de complications générales ou locales, souligne bien l'innocuité de la méthode avec une technique soigneuse.

Dans les cas favorables, l'effet thérapeutique est assez rapide et commence à se manifester dès le troisième ou quatrième jour, pour aller en s'accentuant ensuite. La stabilisation paraît acquise vers la deuxième ou la troisième semaine. Au delà de ce temps, et dans quelques cas rares, l'effet semble s'épuiser et est heureusement renouvelé par un second, voire un troisième implant.

Ce que nous avons noté avec le plus de fréquence, c'est une sensation globale d'euphorie, qui modifie considérablement l'aspect clinique de ces malades, et qui se lit aussi bien sur leur visage que dans leur comportement général. L'angoisse, le découragement, les réactions affectives exagérées s'estompent considérablement et même disparaissent complètement. L'asthénie et la fatigue physique diminuent et, en quelques jours, ces malades sortent de leur isolement anxieux, demandent spontanément à se lever, entrent en contact avec leurs compagnes, se mêlent activement à la vie et aux travaux du service avec une adaptation qui surprend agréablement leur entourage, et qui est particulièrement notée par leurs familles au cours des visites bi-hebdomadaires.

Enfin, il est de règle qu'au bout de peu de jours elles acceptent ou demandent une sortie qu'elles refusaient, ou qu'il était impossible de leur proposer jusqu'alors.

En même temps, l'appétit et surtout le sommeil se régularisent, et il n'est pas rare de pouvoir supprimer tout sédatif et tout hypnotique à des malades qui en usaient depuis des années. Ce retour à un sommeil physiologique constituant un des meilleurs signes de l'amélioration.

Encore que ces bons résultats demandent à être confirmés par une expérimentation plus large et de plus de recul, la fréquence et l'intérêt des améliorations que nous a donnés la thérapeutique par les implants placentaires employés, soit seuls, soit comme appoint dans la cure des syndromes de dépression mélancolique, nous ont semblé mériter d'être déjà soulignés.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture du rapport de M. M. Bergeron, au nom d'une commission composée de MM. M. Bergeron, L. Le Guillant et M. Montassut, M. Roger Bernard (de Fains-les-Sources), est élu *membre correspondant national* par 16 voix sur 16 votants.

La séance est levée à 18 heures 40.

Le secrétaire des séances :
P. Sivadon.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 5 février 1953

Présidence : M. R. MOREAU, président

Premiers résultats thérapeutiques par un nouveau médicament anticomitial : le méthyl-phényl-succinimide, par MM. J. Delay, P. Pichot et J. Henne.

Les auteurs ont utilisé ce corps chez neuf malades et ont obtenu des résultats favorables, sur les absences principalement. Des doses importantes doivent être utilisées : 2 g. 40 en moyenne. Il n'a pas été observé de complication sanguine.

Chirurgie de l'épilepsie non tumorale. Etude portant sur quatre années, par MM. J. Guillaume, G. Mazars et V. Mazars.

Etude statistique de 125 cas d'épilepsie opérés, sélectionnés parmi 1.200 épileptiques. Dans tous ces cas, il y avait une localisation électrique et tantôt inefficacité du traitement médical, tantôt des troubles caractériels. L'excision a permis d'éliminer la cicatrice d'angiomes, de foyers de gliose, d'agénésies micrognyries.

L'étude statistique montre que les améliorations persistant après un an sont pratiquement définitives. Variable dans son importance, cette amélioration est rarement complète, mais rarement nulle. Séquelles motrices peu graves. Les troubles sensitifs sont à craindre dans les localisations temporales.

Myasthénie d'Erb traitée par énervation sinu-carotidienne bilatérale. Epilepsie secondaire et mort brutale 6 ans après l'intervention, par MM. P. Pagès et P. Passouant.

Les auteurs ont suivi l'évolution d'une myasthénie depuis 1939. Après cinq ans de rémission, les poussées évolutives successives entraînent un état grave

qui s'améliore considérablement par une énervation sinu-carotidienne. Six ans plus tard, crise respiratoire brutale, ainsi que des crises convulsives du type « grand mal ». Epilepsie et myasthénie ont évolué parallèlement. La mort est survenue sans que l'examen anatomique ait pu être fait. La relation entre les deux syndromes reste mystérieuse.

Sur le larmoiement prandial homolatéral post-paralytique (syndrome des larmes de crocodile), par M. J. Dereux.

Observation de deux nouveaux cas de larmoiement prandial homolatéral, survenu après paralysie faciale périphérique. L'auteur soulève la question de la rareté relative de ce syndrome peut-être plus fréquent que ne le laisse supposer le nombre très restreint des publications sur ce sujet.

Médulloblastome du IV^e^ ventricule opéré et guéri. Syndrome de l'hydrocéphalie ventriculaire résiduelle, par MM. Michel Feld et H. Berdet.

Enfant de 27 mois présentant démarche titubante et pseudo-torticolis. Diagnostic à l'occasion d'une poussée aiguë d'hypertension intracranienne avec hernie tonsillaire et stase papillaire. Médulloblastome du toit du IV^e^ ventricule, envahissant le vermis, partiellement l'hémisphère cérébelleux gauche et obstruant la cavité ventriculaire.

Ablation complète suivie de radiothérapie. Guérison maintenue depuis octobre 1945. Apparition secondaire d'un syndrome adiposo-génital améliorable par l'opothérapie. Quotient intelletuel de 0,70 à 9 ans 1/2 ; scolarité en rapport avec l'âge mental. La guérison de ce médulloblastome permet d'évaluer à longue échéance le déficit fonctionnel dû à l'hydrocéphalie ventriculaire résiduelle. Discussion du diagnostic histologique dans le cadre des médulloblastomes.

Paraplégie spasmodique secondaire à une arthrose cervicale, par MM. M. Bonduelle et P. Bouygues.

Présentation d'un malade porteur d'un syndrome pyramidal progressivement évolutif, prédominant à droite, ayant débuté il y a plusieurs années par des algies cervicales, abolition de l'olécranien droit, arthrose de C5, C6, pas de dissociation, ni blocage manométrique, arrêt net de lipiodol à C6 qui glisse latéralement au-dessus. Malade présenté pour examen avant tout traitement : celui-ci consistera tout d'abord en immobilisation plâtrée ; en cas d'échec, les auteurs envisagent l'intervention chirurgicale.

A propos de la communication antérieure sur l'atrophie spinale segmentaire, par M. J.-A. Barré.

Observation anatomopathologique, à l'appui des constatations anatomocliniques (concernant 17 cas d'atrophie spinale segmentaire) présentées lors de la précédente séance.

Trismus unilatéral : signe de début d'une syringobulbie, par MM. Th. Alajouanine et J. Nick.

Présentation d'un malade dont la syringobulbie a été découverte à l'occasion d'un trismus s'accompagnant d'une abolition du réflexe massétérin et dû à une rétraction du masséter droit. Il s'agit d'un syndrome lésionnel et non d'un signe de libération, comme dans les cas de trismus d'origine corticale.

Chorée de Huntington avec paraplégie spasmodique. Deux cas familiaux, par MM. M. Bonduelle, J. Gruner et P. Bouygues.

Chez le frère et la sœur association d'un syndrome choréique et d'un syndrome pyramidal. Il s'agit là de deux affections hérédo-dégénératives associées. L'examen anatomique de l'un des deux cas montre peu de chose au point de vue pyramidal mais l'existence de l'olive supérieure dont l'intérêt pathogénique est à souligner.

Porphyrie aiguë intermittente grave avec séquelles neurologiques. Action favorable du 4560 R.P. (*Présentation de malade*), par MM. R. Coulonjou, Pouderou et F. Deroulт.

Observation d'un homme qui, en un an, a présenté 14 crises abdominales, et, à partir de la cinquième crise, des paralysies augmentant à chaque poussée. Malgré l'emploi de vitamine PP, aucune amélioration n'avait pu être obtenue. L'utilisation du 4560 R.P., à la dose de deux ampoules par jour, a marqué le début d'une récupération qui progresse depuis. Les auteurs pensent que ce phénomène est en faveur de l'origine ischémique des troubles neurologiques de la porphyrie.

Séance du 5 mars 1953

Présidence : M. R. MOREAU, président

Action de la lobotomie dans un cas de parkinsonisme post-encéphalique avec délire hallucinatoire (*Présentation de malade*), par MM. H. Baruk, R. Trotot et R. Wolfin.

Observation d'un parkinsonien avec très importante rigidité, syndrome hallucinatoire et phénomènes d'automatisme mental. Une lobotomie a entraîné une disparition des hallucinations et une diminution de la contracture d'au moins 80 %.

A propos d'une observation nouvelle d'insensibilité à la douleur, par MM. P.-F. Girard et J.-P. Garin.

Observation d'une insensibilité complète à la douleur chez un enfant de sept mois, normal tant au point de vue développement qu'au point de vue

moteur. L'électro-encéphalogramme est normal, la sensibilité tactile existe, la sensibilité thermique reste plus difficile à préciser. L'explication de tels phénomènes pourrait être dans l'absence des terminaisons nerveuses cutanées ; toutefois les biopsies de peau n'ont pas montré de telles anomalies.

A propos des encéphalopathies des alcooliques : Gayet-Wernicke et Marchiafava-Bignani, par MM. P.-F. Girard et M. Devic.

Observations de maladie de Wernicke. Les auteurs pensent que la distinction avec le syndrome de Marchiafava Bignani est toute théorique. Les lésions du corps calleux doivent se voir dans le Wernicke ; le caractère des lésions semble surtout d'ordre vasculaire. Il s'agit, d'après eux, de troubles du métabolisme des glucides. Le pronostic fatal semble excessif : de grosses doses de vitamine B1 seraient susceptibles au début d'entraîner une régression.

Deux cas de syndrome confusionnel avec contracture chez des éthyliques. Etude anatomo-clinique. Considération sur les encéphalopathies carentielles, par MM. R.-A. Schwob, J. Gruner, E. Fourquier, Harl, Françon et J. Guerre.

Deux cas de syndrome confusionnel survenus chez des éthyliques et s'accompagnant de contractures tétanoïdes dans l'un, extra-pyramidales dans l'autre. Ces cas ne s'accompagnent pas de paralysie oculaire et paraissent de classement difficile. L'examen histologique a montré dans les deux cas des lésions du putamen, des corps mamillaires, de la commissure blanche, et, de façon générale, de tous les noyaux gris. Tantôt de type vasculaire, tantôt de type dégénératif, ces cas sont très proches de la maladie de Wernicke et rentrent dans le cas des encéphalopathies carentielles.

La chorée fibrillaire de Morvan (à propos de 30 observations personnelles), par MM. H. Roger, J. Alliez et J. Roger.

Les auteurs rappellent les principaux caractères de la chorée fibrillaire de Morvan et sa relative fréquence. Syndrome neurovégétatif dans lequel des sueurs, des algies, de l'insomnie, des troubles psychiques à base d'asthénie et d'irritabilité se combinent avec un acroérythème rappelant l'acrodynie infantile et avec des contractions fibrillaires le plus souvent généralisées. Evolution longue (quatre mois en moyenne) mais habituellement favorable, sauf d'exceptionnelles complications mortelles. Les rapports avec l'acrodynie infantile sont des plus étroits. La localisation du processus causal aux centres végétatifs diencéphaliques est la plus vraisemblable des origines infectieuses, toxiques ou allergiques. Discussion. Le traitement est décevant.

Tumeur du IV^e^ ventricule à type papillome choroïdien. Dissémination métastatique arachnoïdienne et épendymo-choroïdienne, par MM. Y. Poursines, H. Gastaut, P. Gallais et M^lle^ Badier.

Tumeur du IV^e^ ventricule chez une malade longtemps traitée à tort pour des troubles digestifs ; il s'agissait d'une tumeur villeuse à type de papillome

choroïdien qui s'était disséminé dans les plexus choroïdes, l'épendyme et l'arachnoïde.

Nouveaux exemples d'affections médullaires rappelant la sclérose en plaques ou une compression, en rapport avec une atrophie spinale contrôlée chirurgicalement, par MM. J.-A. Barré et Philippidès.

Nouveaux cas de syndromes étiquetés depuis longtemps « sclérose en plaques », dans lesquels, sur la constatation d'un arrêt lipiodolé cervical, l'intervention chirurgicale a montré une atrophie spinale segmentaire. Des améliorations de degré variable ont pu être obtenues par laminectomie et ouverture de la dure-mère.

Sur un cas de torulose rachidienne localisée,
par MM. Th. Alajouanine et R. Houdard.

Malade chez laquelle un syndrome de la queue de cheval avec compression médullaire était lié à une torulose. Le diagnostic a été fait par examen histologique. Le traitement par sulfadiazine s'est révélé inactif et une ponction sous-occipitale a ultérieurement montré la présence de *Torula* dans le liquide céphalo-rachidien. Forme intéressante par sa localisation qui contraste avec l'aspect habituellement méningo-encéphalitique de la torulose ; un traitement à l'actidione a été entrepris.

Cholestéatome sous-arachnoïdien siégeant en D 8. Compression médullaire avec lésions radiographiques de la vertèbre correspondante, par MM. Y. Poursines, J. Alliez, R. Vigouroux et G. Knebelimann.

Cholestéatome rachidien ayant entraîné un syndrome de compression médullaire avec blocage manométrique et blocage lipiodolé sans dissociation albumino-cytologique. Il n'existait aucun élément épidermoïde ; la radiographie montrait une décalcification diffuse avec ulcération des bords vertébraux. Les auteurs insistent sur la rareté des cholestéatomes rachidiens.

A propos de quelques observations de syndrome du canal carpien,
par MM. Arne, Geneste et P. Loiseau.

A propos de plusieurs observations de syndrome du canal carpien les auteurs rappellent qu'il s'agit là d'un syndrome algo-paralytique progressif par atteinte du médian comprimé contre le ligament annulaire par une augmentation de la convexité du poignet. Certains métiers y prédisposent lorsqu'ils entraînent un traumatisme ou un trouble circulatoire au niveau du médian.

Séance du 26 mars 1953

Présidence : M. R. MOREAU, président

Résultats de la chirurgie frontale sélective sur 15 opérés suivis depuis plus de quatre ans, par MM. J. Le Beau et J. Gaches.

Sur douze topectomies et trois lingulectomies les auteurs ont obtenu huit guérisons, cinq améliorations partielles et deux échecs. Il s'agissait, dans neuf cas, de douleurs irréductibles, dans six autres cas, de troubles psychiques principalement chez des épileptiques. Dans aucun des cas ne sont apparues de manifestations épileptiques cliniques ou électriques.

Epilepsies temporales familiales,
par MM. J. Paillas, H. Gastaut et R. Vigouroux.

Dans 5 p. 100 des épilepsies temporales, il existe un facteur familial exactement comme dans l'épilepsie essentielle. Les examens électro-encéphalographiques montrent en plus du foyer temporal, des signes d hypersensibilité neuronique. Ce sont des cas où l'existence fortuite d'un foyer temporal extériorise un potentiel épileptique familial.

Etat de stupeur avec catatonie révélateur d'une sclérose en plaques, par MM. G. Boudin, J. Nick, G. Bureau, G. Blanchet et B. Hillemand.

Deux observations de formes mentales de sclérose en plaques ; dans l'une, la première poussée de la maladie se manifesta au début par un état de stupeur catatonique ; des symptômes neurologiques apparus ultérieurement et la régression spontanée de tous les phénomènes affirment le diagnostic. Dans l'autre observation, évolution aiguë et mortelle ; le diagnostic facilité par deux poussées antérieures, fut confirmé par l'examen anatomique (Dr Ivan Bertrand). Les auteurs insistent sur l'intérêt de tels faits, rares, en raison de toutes les erreurs de diagnostic qu'ils peuvent susciter, ainsi que de leur valeur doctrinale.

Un nouveau cas de trouble de la perception du mouvement accompagnant un méningiome occipital, par MM. J. Le Beau et E. Wolinetz.

Observation de méningiome occipital mis en évidence par des signes radiologiques directs et des signes électro-encéphalographiques dont la première manifestation clinique fut un trouble de la perception du mouvement dans la moitié inférieure du champ visuel. Les auteurs proposent diverses explications pathogéniques et insistent sur la rareté d'un tel symptôme.

Effet des ganglioplégiques sur l'évolution d'un ictus cérébral, par M. R. Messimy.

Observation d'une femme de 80 ans, hypertendue (22-10), qui présenta un ictus avec hémiplégie gauche de type capsulaire, déviation conjuguée de la tête et des yeux et chez laquelle fut pratiquée une injection intraveineuse de 50 mg. de 9295 C. L'hémiplégie disparut aussitôt, chute tensionnelle impressionnante, et, deux jours après, état de collapsus traité par la novocaïne et l'amino-phylline-ouabaïne. L'hémiplégie n'a pas réapparu.

Au douzième jour, alors que la tension artérielle tendait à remonter, nouvel ictus identique, mais avec hémiplégie complète. Deux mois plus tard, la malade survivait avec hémiplégie, incontinence d'urine et déficit intellectuel.

Les ganglioplégiques ont modifié l'évolution classique de l'ictus cérébral. Les auteurs se demandent s'ils favorisent la thrombose, et s'il faut leur associer des anticoagulants. Ils pensent que, dans des cas analogues avec hypertension, leur emploi très précoce mériterait d'être essayé, mais seulement en milieu très surveillé.

Microgyrie du tiers moyen des hémisphères cérébraux, par MM. R. Thurel, J. Gruner et G. Pedrono.

Observation anatomo-clinique d'un enfant présentant une microcéphalie avec troubles psychomoteurs, calcification intra-ventriculaire, choriorétinite. Cette microcéphalie prédominante à la partie moyenne, s'associait à une hydrocéphalie et réalisait un tableau proche de celui de la toxoplasmose.

Paralysies respiratoires. Anoxémie malgré le poumon d'acier, par MM. G. et C. Tardieu, J.-J. Pocidalo et J. Humbert.

Dans un poumon d'acier à fonctionnement correct et constant, on peut voir la ventilation baisser et l'absorption d'oxygène diminuer, ainsi que le taux d'oxygène sanguin. Cette anoxémie se produit sournoisement, sans qu'il y ait d'encombrement bronchique ; il faut penser à la chercher. Les auteurs proposent diverses thérapeutiques.

Tractotomie bulbaire trigéminale et névralgie du glosso-pharyngien, par MM. J. Le Beau et R. Billet.

Les auteurs ont étudié les modifications de la sensibilité après tractotomie de Sjiökwist. Ils ont remarqué qu'elles dépassent le V et vont dans le territoire du VII *bis*, du IX et du X. Cette intervention leur semble donc à conseiller dans les douleurs pharyngées avec otalgie et les névralgies du glosso-pharyngien.

Société française de psychologie

Séance du 5 janvier 1952

Président : M. BONNARDEL

L'étude des rôles dans la psychologie individuelle et sociale,

par le professeur NEWCOMB.

Volontairement naïve et concrète, la psychologie des rôles sociaux ne cherche pas à définir les rôles en eux-mêmes, mais à décrire le comportement des individus qui jouent ces rôles. Elle se présente comme une recherche tridimensionnelle : 1° rechercher quels sont les traits de ressemblance et de régularité qui définissent, à l'intérieur d'une même société, le comportement de tous les maris, tous les boulangers, etc. ; 2° étudier comment un même individu se comporte dans tous les rôles qu'il joue dans la société à laquelle il appartient ; 3° observer un même individu dans un rôle pendant une certaine période afin de tirer des conclusions sur la constance de ses conduites ou ses changements. Les actions-en-rôles peuvent fournir des données, à la fois sur la personnalité et sur la société. En effet, l'attitude que nous avons envers nous-mêmes et l'attitude que nous avons envers les autres ne sont pas indépendantes l'une de l'autre ; la perception de soi-même est une constituante fondamentale de la personnalité, définie comme une organisation caractéristique de certaines conduites ; or, cette perception est influencée par la référence au système de rôles qui caractérise une société.

La continuité de la personnalité est une notion qui reste à expliquer et qu'il est insatisfaisant de réduire à des processus d'habitudes. Les forces qui maintiennent ces habitudes viennent à la fois de l'organisation intérieure personnelle et du contexte social des rôles. Les changements de personnalité correspondent à des changements de rôle. L'étude des rôles peut également aider à la compréhension des groupes. Un groupe peut en effet être défini comme un système particulier de rôles qui interfèrent ; dans un même groupe, la perception des actions-en-rôles est semblable pour tous les membres du groupe. C'est pourquoi la persistance d'un groupe correspond au maintien des actions-en-rôles. La cohésion sociale peut ainsi être définie comme l'acceptation partagée du rôle de chacun, qui entraîne la prévision de l'acceptation des autres et la création d'un esprit de corps. Il s'agit là encore d'un processus de communication sociale. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un seul et même problème, la constance de la personnalité et la constance du groupe ont cependant quelque chose de commun : on peut donc leur appliquer les mêmes concepts et les mêmes méthodes.

Les actions-en-rôles peuvent être considérées comme un segment de la

conduite d'un individu et comme la perception qu'ont les autres de cette conduite. C'est un processus unique considéré de deux points de vue. D'où l'intérêt de l'étude objective et systématique des comportements dans des rôles pour la constitution d'une théorie de la personnalité et pour la compréhension du phénomène d'interaction sociale.

Séance du 2 février 1952

Président : M. FRAISSE

Le vieillissement des aptitudes, par Mme PACAUD.

L'auteur expose ses recherches réparties en deux cycles : 1° sur l'involution des aptitudes en fonction du vieillissement ; 2° sur l'influence de la culture scolaire sur le maintien des aptitudes. Quatre mille sujets ont subi, dans des conditions expérimentales très rigoureuses, les épreuves très variées mesurant l'intelligence, diverses formes mnémoniques, diverses formes d'attention, l'aptitude à l'apprentissage psychomoteur, la précision dans la coordination des mouvements et la rapidité, l'adaptation à la cadence, etc.

Conclusions relatives au premier cycle de recherches. — 1° Le vieillissement des aptitudes est un fait réel, c'est un processus si accusé qu'un intervalle de cinq ans entre les groupes d'âge est suffisant pour le mettre en lumière.

2° Il est impossible de dire si toutes les aptitudes régressent avec l'âge ; aucune de celles étudiées par l'auteur n'échappe à l'influence destructrice du vieillissement.

3° Le degré d'involution n'est pas le même pour toutes les aptitudes ; les plus touchées paraissent être celles qui sont le plus susceptibles d'être modifiées par un dressage scolaire et social, notamment celles qui interviennent dans les processus d'apprentissage.

4° Il n'existe pas à proprement parler une limite d'âge à partir de laquelle l'involution des aptitudes progresse plus rapidement. Le processus de régression ne paraît pas être uniforme.

5° Ces ruptures ne se situent pas pour toutes les aptitudes rigoureusement aux mêmes époques chronologiques. La rupture la plus sensible paraît avoir lieu entre le groupe des adultes très jeunes (20 à 24 ans) et les groupes plus âgés pour les fonctions mnémoniques, celles d'attention concentrée et de rapidité de compréhension. Lorsque l'aptitude met en jeu les réactions psychomotrices, cette rupture paraît se situer plus tard, entre les sujets du groupe de 25 à 30 ans et les sujets plus âgés.

6° Les conclusions précédentes concernent essentiellement les sujets moyennement ou mal doués dans leur jeunesse. 20 % environ des sujets bien doués paraissent beaucoup moins sensibles à l'influence destructrice du vieillissement.

Conclusions relatives au deuxième cycle des recherches. — L'influence de la culture scolaire ne revêt pas les mêmes modalités pour toutes les fonctions psychologiques.

1° Une des modalités consiste à favoriser l'épanouissement et le perfectionnement d'aptitudes (les sujets les plus instruits bénéficient dans une mesure insoupçonnée de cette action favorable quant aux fonctions mnémoniques, au raisonnement abstrait et au pouvoir de concentration). Il serait abusif d'attribuer la supériorité dans ces fonctions des sujets plus instruits à la seule influence de la sélection des bien doués opérée par les examens.

2° En conférant aux aptitudes une résistance plus efficace à l'action destructrice du vieillissement, la culture scolaire révèle une autre modalité de son influence, elle *ralentit* le déclin d'aptitude chez les plus instruits dans les fonctions où aucune différence ne sépare les plus et les moins instruits dans la plénitude de leur jeunesse.

L'auteur termine en exposant les possibles répercussions sociales de ses recherches.

Séance du 1er mars 1952

Président : M. MERLEAU-PONTY

Les phénomènes d'automutilation chez les arriérées profondes, par M. P. Desclaux.

Etude de l'automutilation (coups, morsures, arrachement des cheveux) chez 15 enfants arriérés dont la plus évoluée ne présente pas un niveau mental supérieur à 7 ans pour un âge réel de 14 ans et dont la moins évoluée présente un niveau psycho-moteur de quelques semaines pour un âge réel de 15 ans. L'automutilation, fait très important chez les arriérés, se retrouve ébauchée chez les jeunes enfants de moins de 3 ans et même chez les adultes normaux, chez les névrosés.

Etude systématique du comportement des données sémiologiques et étiologiques de l'affection en cause, chez les automutilatrices observées. Dans un groupe d'idiotes profondes présentant un tic de balancement aboutissant à l'automutilation, et dans un groupe de grandes arriérées psychomotrices avec étiologie importante, la mutilation a un caractère automatique, elle semble en corrélation avec la formation incomplète de l'image du corps.

Un groupe de transition est constitué d'arriérées avec troubles du schéma

corporel et présentant d'autre part des phénomènes d'automutilation réactionnels à l'abandon dont elles sont victimes, groupe présentant, certes, de grosses lésions anatomiques mais qui se différencie des précédents par un niveau mental plus évolué et surtout par une affectivité plus riche. Dans un groupe de niveau mental supérieur au précédent, chez lequel le masochisme imprègne la personnalité du sujet, l'agressivité ne pouvant se tourner contre autrui, se tourne sur le sujet lui-même. Un groupe de débiles ayant des tendances masochistes présente des phénomènes d'automutilation, d'automutilation collective, en réponse à des incitations du milieu extérieur. Dans ces trois derniers groupes, il s'agit d'une personnalité réagissant d'autant moins bien à une situation extérieure traumatisante qu'elle est fragilisée par des antécédents familiaux et personnels pathologiques importants.

Nombreuses sont les observations qui ont été faites concernant les réactions d'abandon, le masochisme, les automutilations collectives et en particulier les automutilations ethniques, les situations traumatisantes provoquant des réactions automutilatrices chez l'animal. Se limitant à l'étude de l'automutilation chez les arriérées, l'auteur conclut qu'il s'agit d'un phénomène complexe quant à son étiologie, ses manifestations, le niveau mental du sujet jouant un rôle important.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE DE L'ENFANCE

L'enfant excité et déprimé, par le Dr P. Le Moal. (1 vol., 162 pages, *in* Collection « Paideïa », Presses universitaires de France, Paris, 1953).

Dans cette présentation des états d'excitation et des états de dépression observés dans l'enfance, l'auteur, après avoir rappelé comment se présentent la psychose maniaco-mélancolique et la cyclothymie (et adoptant l'opinion qui voit dans la cyclothymie une constitution psychique spéciale particulièrement fréquente sur laquelle peuvent venir se greffer les états de la psychose maniaco-mélancolique) montre, observations à l'appui, comment, associée ou non à la débilité mentale, se manifeste l'hypomanie de l'enfant (et de l'adolescent), en particulier dans le milieu scolaire, comment aussi elle peut conduire à la fugue et à la délinquance (dépression chronique, constitutionnelle ou réactionnelle). La fugue peut également se rencontrer au cours des états de dépression, comme les tendances au suicide dont l'auteur étudie le mécanisme. La première partie du livre se termine par un résumé des formes, des causes, du diagnostic et du traitement de la cyclothymie.

La seconde partie du livre constitue un rappel de l'intéressante thèse de doctorat de l'auteur sur les suicides d'enfants et d'adolescents. Une étude statistique montre que, dans les deux sexes, c'est de 15 à 19 ans que le suicide est le plus fréquent, en particulier chez les filles, et que, à cet âge, tandis que les garçons utilisent surtout les armes à feu, les filles ont surtout recours à la noyade. M. P. Le Moal étudie les suicides des déprimés, ceux des hyperémotifs (tout en faisant remarquer combien il est difficile, dans un suicide, de distinguer la part respective de la dépression et celle de l'hyperémotivité), les suicides impulsifs et les suicides impulsifs des déprimés anxieux, les suicides des paranoïaques (dépression et impulsivité s'associant à la paranoïa dans un grand nombre de ces cas), les suicides des pervers. Le chantage au suicide, avec sa dose variable de malignité chez l'enfant, est l'objet d'un important chapitre : chantage vrai du pervers, chantage affectif du mythomane (parfois pris à son jeu), chantage impusif du coléreux. Souvent bien difficile, comme chaque fois qu'il s'agit d'apprécier la sincérité du

sujet, le diagnostic de chantage est rendu bien délicat par les conséquences d'un optimisme inopportun.

L'ouvrage se termine par des considérations sur l'étiologie du suicide, sociologique pour les uns, purement psychique pour d'autres. Mais les deux causes peuvent fort bien s'associer. Et s'il est une erreur à ne pas commettre, c'est celle d'apprécier, avec une mentalité d'adulte, le motif du suicide d'un enfant. En cette question, comme en beaucoup d'autres, il convient d'être éclectique, observateur, de se garder de théories étroites et préconçues. Les choses sont rarement aussi simples que certains esprits veulent les voir. Aussi la thérapeutique du suicide de l'enfant devra-t-elle comporter à la fois des mesures sociales, familiales, des traitements médicaux et une psychothérapie attentive adaptée à chaque cas particulier.

René Charpentier.

Problèmes et détresses d'écoliers, par M. Tramer. (1 vol., 190 pages, *traduit* par *Léon Marcel*, *in* « Actualités pédagogiques et psychologiques », Delachaux et Niestlé édit., Neuchâtel-Paris, 1953).

Nombreux sont les problèmes que l'école pose à l'enfant. Beaucoup d'entre eux sont soumis au psychiatre ou devraient lui être soumis. A d'autres suffisent des mesures éducatives, psychologiques. Mais l'éducateur doit savoir reconnaître tous ces problèmes et le but de ce livre du Dr Tramer est de l'y préparer.

Parmi les facteurs de ces problèmes scolaires, M. Tramer désigne en premier lieu le facteur de la personnalité de l'écolier, le facteur familial et les éléments extérieurs au milieu familial, parmi lesquels le facteur scolaire (au centre duquel se trouve l'instituteur), et le facteur « chemin de l'école » (mélange d'influences diverses). Après un court exposé de modes d'observation psychologique, l'auteur envisage, dans une première partie, la question des débuts scolaires (âge et saison d'entrée à l'école), et celle de l'état physique et neuro-psychique de l'écolier au moment où il prend contact avec ce nouveau milieu : cas particuliers de la conformation du corps, liés ou non à des anomalies psychiques ; conformation et structures particulières du système nerveux et de la mentalité (troubles d'élocution, bredouillement, bégaiement, mutisme, développement insuffisant des facultés intellectuelles, particularités du caractère, de la volonté, maladies nerveuses et en particulier épilepsie, chorée, états psychopathiques et en particulier schizophrénie).

M. M. Tramer s'attache ensuite à l'examen des défaillances scolaires (états momentanés d'impuissance à satisfaire aux exigences de la situation) et de leurs causes. L'étude de la fatigue en est le premier chapitre, l'auteur entendant « sous le terme de lassitude, un état caractérisé par une diminution du potentiel de rendement de l'organisme consécutif à une dépense d'énergie excessive pour le travail qui en est l'objet ». Parmi les causes de défaillance scolaire qui sont extérieures à l'enfant, il signale le rôle des troubles nutritifs, du surmenage corporel, du surmenage intellectuel (actuellement plus rare dans les écoles). Après quelques pages consacrées aux gauchers, l'auteur étudie le rôle de l'intelligence dans les cas de défaillance scolaire. Un examen systématique et approfondi de la maturité scolaire permettrait d'éliminer les cas de grande arriération mentale. A ce sujet, M. M. Tramer souligne la nécessité, dans l'interprétation d'un test, tel le Binet-Simon, de tenir compte

des cas de disposition, de conjoncture et de situation (coefficient personnel subjectif). Il traite ensuite de la faiblesse en lecture et en écriture, de l'inégalité des dons et des problèmes ayant leur origine dans une intelligence inférieure à la moyenne. L'étude de la « nervosité », de ses manifestations chez les écoliers et de ses relations avec l' « incurie familiale », de la névrose ou psychonévrose, « forme possible de la nervosité d'un enfant de nature à soulever des problèmes scolaires », l'étude de l'état psychique tenant à des types de caractères (schizoïdes, cycloïdes, etc...), servent de transition aux chapitres consacrés aux maladies nerveuses proprement dites (maladies nerveuses inflammatoires, troubles nerveux en relation avec des états endocriniens, tumeurs cérébrales, épilepsie, chorée) et aux maladies mentales, assez rares dans l'enfance avant l'âge de la puberté, (des problèmes peuvent cependant se poser chez l'enfant, lors de la période initiale de la schizophrénie).

Le passage à une catégorie scolaire supérieure, laquelle comporte toujours, pour les facultés intellectuelles des exigences plus grandes, le choix aussi de cette catégorie, posent des problèmes nouveaux, dont les facteurs sont envisagés dans la dernière partie de ce livre : facteur de l'intelligence, facteur de la nervosité (en particulier la terreur de l'examen), facteur des maladies nerveuses, facteur des maladies mentales et affectives. Reflet de la grande expérience de l'auteur en neuro-psychiatrie de l'enfance, ce livre rendra les plus grands services à tous ceux, parents, médecins, éducateurs, qui ont à veiller sur l'enfance, à comprendre ses problèmes particuliers et à contribuer à une solution favorable de ces problèmes, souvent aussi délicats à résoudre qu'importants pour l'avenir de l'enfant, cette « personne en puissance ».

René Charpentier.

PSYCHO-PÉDAGOGIE

L'école sur mesure, par Edouard Claparède, nouvelle édition augmentée de deux études sur **l'éducation et la science.** *Introduction* de Louis Meylan sur « **l'éducation fonctionnelle** ». (1 vol., 140 pages, *in* « Actualités pédagogiques et psychologiques », Delachaux et Niestlé édit., Neuchâtel-Paris, 1953).

En opposition à une pédagogie dogmatique, la pédagogie fonctionnelle d'Edouard Claparède, dont M. Louis Meylan dégage les caractéristiques dans une intéressante introduction, est une pédagogie expérimentale. Si quelques lois générales ont pu être établies, il reste que le développement de chaque enfant est particulier. Selon l'expression de Claparède, le maître doit être un stimulateur d'intérêts, un éveilleur de besoins intellectuels et moraux ; il doit tenir le plus grand compte des aptitudes individuelles. Cela, par un processus endogène, fonctionnel, substitué à la notion d'apports exogènes, et qui s'apparente davantage au jeu (activité normale et spécifique de l'être jeune) qu'au travail. Ce jeu n'étant d'ailleurs pas assimilable au jeu des adultes, au jeu-divertissement, est une activité spirituelle, plus proche du jeu des poètes. La théorie fonctionnelle ne met en péril aucune valeur morale et M. Louis Meylan montre en quoi l'œuvre de Claparède s'apparente à celle d'autres éducateurs, particulièrement à celle de Pestalozzi.

Dans « *L'école sur mesure* », Edouard Claparède attirait l'attention des édu-

cateurs sur les diversités individuelles d'aptitudes et les réformes qu'elles entraînent dans l'organisation scolaire. Distinguant tout d'abord l'aptitude du goût (ou de l'intérêt), il rappelait que ces aptitudes sont très variables chez les écoliers, en quantité comme en qualité, « Aller contre le type individuel, c'est aller contre la nature. » Tenir compte des aptitudes est « une des nécessités fondamentales, non seulement de la pédagogie du travail, mais encore de l'éducation de la volonté ». Pour en tenir compte, Claparède proposait, sous ce nom d'école sur mesure, quatre solutions : les classes parallèles (fortes et faibles), les classes mobiles (d'application difficile), l'augmentation du nombre des sections (classiques, modernes, techniques, etc...) et le système des options (que réalise en France, depuis quelques années, dans l'enseignement du second degré, l'expérience des « classes nouvelles »).

Dans un article intitulé : « *Les nouvelles conceptions éducatives et leur vérification par l'expérience* », Claparède définit la fonction nouvelle de l'école, qui est de « prolonger l'enfance », tout au moins d'en exploiter les caractères propres, les potentialités générales, la curiosité native, la tendance à expérimenter. Il insiste sur la nécessité d'une intensification des recherches scientifiques relatives à l'enfant et au développement mental, sur la nécessité aussi d'une préparation spéciale des futurs éducateurs. d'où la création, à Genève, dès 1912, de l'Institut J.-J.-Rousseau, école des sciences de l'éducation et laboratoire de recherches, complété par la création d'une « Maison des Petits », ouverte aux enfants à partir de l'âge de trois ans, et où l'on désire que les enfants « veuillent ce qu'ils font ».

Sous le titre : « *Pourquoi les sciences de l'éducation* », ce volume contient encore la plus grande partie de l'important article qu'Edouard Claparède publia en 1912 dans les *Archives de psychologie*. Rappelant le conseil de J.-J. Rousseau : « Commencez donc par étudier vos élèves, car très assurément, vous ne les connaissez point », Claparède constatait que cet appel n'avait pas été entendu. L'enfant est le centre du système éducatif, c'est lui qui doit être la mesure des méthodes et des procédés éducatifs. Pourtant, quantité d'enseignements « se ramènent, pratiquement, à des emmagasinages stériles de leçons apprises, avec un luxe inouï de détails inutiles et souvent au-dessus de la portée de l'enfant ». Cela, en toutes matières, histoire, géographie, langue maternelle, dessin, langues étrangères, langues mortes, sciences naturelles, mathématiques. Ces défauts, que l'auteur illustre par des exemples, et qui caractérisent les méthodes traditionnelles d'instruction et d'éducation, les praticiens, les instituteurs, sont les premiers à les signaler et à en indiquer le remède. Si les vérités pédagogiques ne se sont pas imposées, c'est donc, conclut-il, qu'elles manquaient de la base scientifique indispensable. Seul, un fondement rigoureusement scientifique et psychologique peut donner à la pédagogie l'autorité indispensable pour obtenir les réformes désirables. D'où le double but de l'Institut J.-J.-Rousseau, centre de coordination et de recherche formant des élèves aux règles scientifiques de l'expérimentation scolaire. Rien ne s'oppose à une discipline expérimentale de la pédagogie. C'est ainsi que l'on pourra s'appliquer à la solution de problèmes délicats, tels que ceux relatifs au développement de l'enfant, à la psychologie individuelle, à la technique et à l'économie du travail, à la méthodologie didactique, à la psychologie du maître. Fonctionnant à la fois comme école, comme centre de recherches, comme centre d'informations et comme centre de propagande, l'Institut J.-J.-Rousseau doit être ouvert « à toute personne capable de suivre des études

supérieures ». Il doit revêtir, dans ses diverses disciplines, un caractère pratique et familier, et « non seulement apprendre à ses élèves ce qu'est l'éducation fonctionnelle, mais encore s'en inspirer à leur égard ».

Sans doute n'était-il pas inopportun de rappeler les études et les conclusions de ce précurseur que fut le regretté Edouard Claparède, études et conclusions qui furent, en particulier, le point de départ des beaux travaux et des réalisations de l'Institut J.-J.-Rousseau, de l'Université de Genève.

René Charpentier.

Les méthodes en pédagogie, par Guy Palmade. (1 vol., 120 pages, *in* Collection « Que sais-je ? », Presses universitaires de France, Paris, 1953).

Examinant les diverses tendances actuelles de la pédagogie, l'auteur donne des exemples des méthodes proposées dont il étudie les sources d'inspiration et les justifications. Il résulte de cette étude que le problème des méthodes en pédagogie est un problème sociologique en même temps qu'un problème de psychologie et de pédagogie.

Les méthodes pédagogiques modernes tiennent compte de la personnalité et du développement de l'enfant. Distinguant, pour l'étude de la psychologie de l'enfant, ces deux perspectives que sont la psychologie fonctionnelle et la psychologie d'observation, M. Guy Palmade situe l'influence, directe ou indirecte, des progrès de la psychologie expérimentale sur l'évolution des méthodes de la pédagogie. Méthodes nouvelles d'enseignement qui aboutissent à de nouvelles relations maître-élèves plus souples, plus libérales. L'auteur montre comment ces méthodes « optimistes » s'opposent aux méthodes traditionnelles « autoritaires ». Il indique les conséquences de ces conceptions nouvelles pour l'organisation scolaire, qu'il s'agisse, selon la distinction de Piaget, de méthodes pédagogiques fondées sur les mécanismes individuels de la pensée ou de méthodes fondées sur la vie sociale de l'enfant, qu'il s'agisse de méthodes adaptées à l'enfant ou de méthodes « de groupe ». Mais l'étude de la psychologie de l'enfant, et son application pratique en méthodes pédagogiques nécessitent encore un important travail et de patientes recherches.

Psychologie de l'enfant, psychologie pédagogique et pédagogie constituent des domaines étroitement liés, interdépendants. La pédagogie ne saurait toutefois être considérée comme une pure application de la psychologie. Le souci d'utiliser la vie sociale des enfants dans un but pédagogique doit inciter à développer une véritable psychologie sociale de la vie enfantine. Cela par l'étude des groupes et des sous-groupes, par l'étude aussi de l'aspect psychologique de certains faits sociologiques. De nouveaux problèmes se posent qui ont leur influence sur les méthodes, les programmes et les institutions scolaires. Réalité sociologique soumise aux différents déterminismes sociaux, l'éducation et les problèmes posés par les méthodes pédagogiques ne peuvent être examinés indépendamment du contexte social dans lequel ces méthodes sont ou doivent être appliquées.

M. Guy Palmade signale les dangers d'une trop grande généralisation des mêmes méthodes à tous les enfants. L'éducateur devra avoir une formation et un sens psychologique lui permettant de juger des cas particuliers. La qualité du pédagogue a son importance ; il lui appartient aussi, à partir d'expériences concrètes, de choisir la méthode qui convient le mieux à sa

pratique personnelle, et au but à atteindre. « L'éducation nouvelle, écrit Piaget, en est seulement à la phase de ses découvertes initiales. » La première transformation à réaliser, ajoute M. Guy Palmade, doit porter sur la formation des instituteurs et des professeurs.

René Charpentier.

L'enfant géographe, par Louis-René Nougier, maître de conférences à la Faculté des lettres de Toulouse, et Henriette-L.-R. Nougier, institutrice de la Seine. (1 vol., 134 pages, *in* « Nouvelle encyclopédie pédagogique », Presses universitaires de France, Paris, 1952).

Sur le choix des méthodes pédagogiques, c'est aussi à cette conclusion qu'aboutissent les auteurs de cet intéressant petit livre sur la place de la géographie dans l'enseignement, ses buts et ses méthodes. De grâce, écrivent-ils, n'imposez pas de méthodes à qui a la charge d'enseigner, que ces méthodes soient « traditionnelles » ou « nouvelles ». Après quelques années d'expériences, chacun a sa méthode propre, efficace. Méthodes et procédés qui, au surplus, « doivent tenir compte de cette matière vivante qu'est l'enfant », de la personnalité et des possibilités de chacun. Sans oublier que le but n'est pas de faire des enfants de savants géographes, mais « des esprits géographes ouverts sur le monde ». De par sa nature universelle l'enseignement géographique est, en effet, un enseignement complet.

De cela, on ne saurait douter, après la lecture de ces pages où les auteurs ont condensé, avec faits à l'appui, les principes d'une géographie active et vivante. Bien des parents auraient profit à en lire au moins les premiers chapitres consacrés à ces premiers contacts de l'enfant avec la vie, qui sont des contacts géographiques, des contacts continus avec le milieu géographique humain. Ils y apprendraient, par des exemples, à utiliser les moyens, les tendances, les aspirations de l'enfant pour, dans la joie, faciliter et utiliser ces contacts avec l'univers enfantin qui n'est autre que l'univers géographique inséparable de l'homme. Ils contribueraient ainsi à éveiller son intelligence, secondant la tâche de l'école, actuellement rendue souvent si difficile par l'encombrement des classes. Ils y apprendraient aussi à apprécier la tâche des maîtres et des maîtresses, car il faut une plus grande culture qu'on ne le croit communément pour enseigner dans les plus petites classes.

Les auteurs montrent comment, de l'enfance à l'adolescence, à la ville comme à la campagne, en classes séparées ou en classe unique, peuvent être mis en action les mêmes principes, sont nécessaires les mêmes qualités : souci de la définition précise, recherche du cas concret, dégagement d'un principe général physique ou humain, mise en valeur des connexions complexes de l'homme et de son milieu, connaissance des moyens techniques d'expression géographique. Ils insistent sur la nécessité et sur la vertu du croquis géographique (qui, de plus, aide à la connaissance de l'élève), sur la personnalisation de la carte créée, la personnalité de chaque schéma cartographique, sur l'intérêt du bloc-diagramme. Ils soulignent la supériorité sur les connaissances livresques de faits précis accrochés à un schéma, à une carte. « La meilleure, la plus bénéfique des préparations à l'existence, c'est la loi de l'effort intelligent et adapté. » Ainsi acquis, l'esprit géographique, avec ses aspects économiques, sociaux, universels, contribuera à faire de l'enfant un homme. L'adulte cultivé est celui qui est « riche en associations d'idées ».

René Charpentier.

PSYCHOTECHNIQUE

Apprenti et apprentissage (Lehrling ünd Lehre), par Franziska Baumgarten (de Berne). (1 volume, 235 pages, Rascher Verlag, Zurich, 1952).

L'auteur a fait procéder à une vaste enquête auprès de 4.493 apprentis du canton de Berne. Un questionnaire explorant la personnalité, son adaptation ou non à la profession, le rôle du conseiller d'orientation dans le choix du métier, la stabilité de ce choix, la satisfaction à l'égard du poste d'apprentissage, fut soumis aux sujets. 4.228 réponses valables furent obtenues. Le présent ouvrage rapporte, de façon très complète et détaillée, les résultats de l'enquête et de l'élaboration soigneuse des réponses. Dans la première partie sont étudiés les renseignements personnels sur les apprentis avec classement par métiers. Dans une deuxième partie, sont considérées les tendances et les inclinations pour les diverses professions. La troisième section est consacrée à la description des facteurs de mécontentement dans le métier. Dans la quatrième partie, sont faites diverses considérations sur les inclinations pour des actes professionnels particuliers. Une longue étude des goûts et désirs professionnels de l'apprenti est l'objet de la cinquième partie. Les deux dernières sections, enfin, sont consacrées aux rapports de l'apprenti avec l'orientation professionnelle et avec le poste de travail. Chaque chapitre comprend une étude soigneuse, riche de données numériques, soigneusement classées pour les divers métiers et permettant de nombreuses applications dans les domaines de la psychologie du travail.

V.-J. Durand.

PSYCHO-PHYSIOLOGIE

L'embryologie du comportement. Les débuts de la pensée humaine par Arnold Gesell, en collaboration avec Catherine S. Amatruda. (1 vol., in-8°, 304 pages, *traduit* de l'anglais par le Dr Paul Chauchard, Presses universitaires de France, Paris, 1953).

Une structure organique de comportement se construit parallèlement au développement somatique de l'embryon du fœtus et du nouveau-né. Terme d'un long passé de la race, cette organisation prénatale est fondamentale pour l'avenir de l'individu lequel reste en continuité avec son être prénatal. D'où le grand intérêt de ce livre sur les origines du comportement humain étudiées en particulier par l'observation d'une nombreuse série de prématurés, de ces « fœtus-enfants » pouvant, après leur naissance, vivre et compléter ce qui normalement est la période fœtale de leur existence. Cela, pendant deux ou trois mois.

Après des chapitres d'introduction générale, d'orientation, de définitions, débute l'étude du comportement humain. Comme l'histoire de la vie du sujet, elle commence à la conception. Mais c'est dans la période fœtale, huit semaines environ après la conception, que débute le comportement manifeste. C'est l'examen du « fœtus-enfant » qui permet de définir l'ontogénèse du comportement, l'examen du nouveau-né à terme donnant ensuite l'indication ultérieure des buts de la morphogénèse. L'analyse cinématographique systé-

matique des progrès du comportement en matérialise les bases, en montre la succession ordonnée, comme permettent de le constater les abondantes reproductions photographiques (XLIV planches) qui illustrent ce volume. Pour connaître l'embryogénèse de la pensée, il est nécessaire d'examiner les comportements posturaux du fœtus et de l'enfant.

En vertu du principe de continuité hiérarchique, il n'y a qu'une physiologie du développement ; la croissance des tissus, des organes et du comportement, obéit aux mêmes lois que le développement morphologique. D'où les chapitres consacrés à l'examen des éléments microscopiques du muscle et du tissu nerveux plus complètement impliqués dans l'étude du comportement, à l'étude du système moteur archaïque et du mécanisme postural, à l'étude de la croissance du comportement fœtal (le fœtus est un système d'action en croissance) émergeant d'un état d'immobilité végétative. L'étude aussi des réactions complexes du comportement respiratoire (la respiration ne maintient pas seulement la vie, elle soutient et règle l'activité du système nerveux central, devenant ainsi accessoire pour toutes les autres actions) et celle du tonus musculaire dont la fonction assure, dans une large mesure, l'efficience des mécanismes respiratoires, étude qui conduit à celle des mécanismes électrotoniques sous-jacents. Chapitres dans lesquels l'auteur insiste sur l'importance, pour l'embryologie, du comportement, de la neuro-physiologie de la respiration, du tonus musculaire et de la régulation électrotonique.

C'est à l'aide d'observations directes, de protocoles d'expériences, de photographies, qu'a pu être faite l'étude du « fœtus-enfant », à la fois fœtus extra-utérin et nouveau-né prénatal. A cette période, l'auteur distingue trois niveaux de maturité qu'il étudie successivement : le stade primitif de fœtale-enfance (28-32 semaines) ; le stade moyen (32-36 semaines) ; le stade de maturité (36-40 semaines) qui coïncide avec la fin de la période normale de gestation, l'heure de la naissance du nouveau-né à terme étant approximativement à la 40e semaine de gestation. La naissance est toujours un événement critique. Les premières semaines de la vie constituent une période de transition post-natale, de crise de naissance, mais, à l'âge vrai de quatre semaines, fœtus-enfants et enfants à terme, ont un équipement très comparable de leur comportement. Cette constatation s'applique, non pas à l'âge chronologique, faux, du prématuré, mais à son âge « correct ». En réalité, c'est lors de la conception, et non lors de la naissance, que débute la vie. L'âge « correct », c'est l'âge biologique.

Des observations sur la genèse et le développement du comportement hypnique conduisent à la difficile question du cycle quotidien du sommeil et de la veille. Conservant et distribuant de l'énergie, tout organisme est soumis à des moments et à des rythmes de repos et d'activité. L'alternance du sommeil et de l'éveil est physiologiquement si fondamentale qu'elle est d'abord indépendante du cycle du jour et de la nuit. Des changements surviennent au cours du développement, changements normaux, ontogéniques. Le cycle diurne du sommeil dépend de facteurs de développement pendant toute la vie. Dans la vieillesse, de nouvelles formes de somnolence peuvent survenir, rappel des stades primitifs, lors de la croissance, du cycle du sommeil et de la veille.

Les variations individuelles conservent à chacun les caractères les plus fondamentaux du comportement, caractères communs à l'espèce. L'embryologie du comportement est donc une science comparative. Mais dans l'espèce humaine, il s'agit d'une embryologie extrêmement complexe que caractérisent

en particulier la longue durée d'immaturité et de développement, un mélange aussi de stabilité et de pouvoir de se modifier. La morphogénèse du comportement humain a des suites ordonnées selon un processus de différenciation progressive et d'organisation. L'auteur distingue et énumère sept principes de développement des traits spécifiques et des différences individuelles qui diversifient ce comportement. De l'observation d'un groupe nombreux de fœtus-enfants, il résulte sans aucun doute que, même chez les plus jeunes, existaient de vraies différences individuelles déjà prophétiques de la diversité de la famille humaine. « Psychologiquement, c'étaient des individus ».

La morphologie est une science dynamique. L'auteur établit un diagramme, carte dynamique visualisant la croissance en tant que processus d'organisation. Ce diagramme-type aide à visualiser les événements morphologiques qui prennent place dans le cours normal du développement du comportement. La compréhension des mécanismes généraux de la morphogénèse est utile au diagnostic clinique des défectuosités et des déviations du développement, à l'estimation des tendances et des niveaux de maturation au moyen d'examens du comportement. Elle est utile également à l'appréciation des différences individuelles des enfants normaux.

L'organisme est un tout. Développant la conception d'une continuité hiérarchique l'auteur, parti des plus humbles sphères du comportement d'essence sensorimotrice, parti du zygote et des stades de morphogénèse qui précèdent le développement du système nerveux, rappelle que l'appareil moteur primaire continue de fonctionner comme part du système d'action total qui a incorporé les plus hauts ordres de comportement culturel, adaptatif, communicatif et social. Ces ordres plus élevés, construits par des processus évolutifs, ne survivent que par des processus embryologiques (ontogéniques), bien qu'apportant l'impression finale de culture. « Apprendre est essentiellement croître. » Et M. Arnold Gesell conclut : « Les performances du génie appartiennent à une continuité hiérarchique, car il n'y a qu'une seule physiologie du développement. Il n'y a qu'une embryologie du comportement. »

Environ 300 photographies, tirées de films, enregistrements instantanés suivis de légendes explicatives permettent de suivre les observations de l'auteur et le développement de sa pensée. Elles mettent en évidence l'individualité qui existe avant la naissance et montrent les étapes de maturation. Chaque individu se présente comme une variation distincte du type spécifique.

Il est inutile de souligner l'intérêt de l'excellente traduction de M. Paul Chauchard de cet important ouvrage.

René Charpentier.

PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Une histoire de la psychologie en auto-biographie. (A history of psychology in autobiography), par Agostino Gemelli. (1 brochure, 26 pages, extrait de « A history of pychology in autobiography », vol. 4, Clark University Press, Worcester, Massachussets, 1952).

Cet article fait partie d'une histoire de la psychologie contemporaine formée par la réunion d'autobiographies de psychologues des divers pays. Ici, le professeur A. Gemelli, de Milan, décrit l'évolution de ses travaux depuis ses

ses recherches histologiques auprès de Galgi, à l'Université de Pavie. Après des études dans différentes universités, il se consacra d'abord aux problèmes biologiques, puis à la psychologie. A ce sujet, il rappelle l'influence exercée sur lui par F. Kiesow, de Turin. Sont ensuite évoquées les grandes lignes de ses recherches : psychologie de comparaison, psychologie de la perception, rôle du mouvement dans la perception de l'espace, sentiment, émotion et instinct, analyse psychologique du langage, maladies mentales. Le rôle de l'Université catholique du Sacré-Cœur de Milan, dans le développement des études psychologiques en Italie, est mis en évidence.

V.-J. Durand.

Actes du « symposium » de psychologie clinique (Milan, 28-29 septembre 1952), 340 pages, in *Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, Milan, janvier-mars 1953).

Présenté par le professeur *A. Gemelli*, et après une introduction du *professeur Mario Gozzano* (de Rome), ce volume contient de très importants rapports, parmi lesquels nous citerons ceux du *professeur André Rey* (de Genève), sur les aspects théoriques et pratiques de la psychologie clinique, du *professeur R. Zazzo* (de Paris) sur les ambiguïtés de la notion de psychologie clinique, de *M. H. J. Urban* (d'Innsbruck) sur la psychologie dans la pratique psychiatrique journalière, du *professeur R. Nyssen* (de Bruxelles) sur la délimitation de l'activité clinique du psychologue, de *M. G. Parcheminey* (de Paris) sur les rapports de la psychanalyse et de la psychologie clinique, du *professeur Igor A. Caruso* (de Vienne) sur les méthodes psychologiques et l'unité de la psychologie, du *professeur José Germain* (de Madrid) sur la formation des psychologues cliniques, du professeur *Cesare L. Musatti* (de Milan) sur la distinction entre psychologie clinique et clinique psychologique, du *Dr Ludwig Binswanger* (de Kreuzlingen) sur la « Daseinsanalyse » en psychiatrie, et de *Mad. J. M. Jaur* sur l'étude expérimentale du test de Zulliger.

En plus de ces rapports, dont le contenu sera ultérieurement résumé à nos lecteurs, de très nombreuses communications furent présentées à cette réunion sur différentes questions intéressant les rapports de la psychologie clinique avec la pédagogie, la neuro-psychiatrie, la thérapeutique et la médecine légale psychiatrique.

Il appartenait au *professeur A. Gemelli* de tirer les conclusions de ces divers exposés, unanimes à reconnaître la fécondité des liens qui unissent la psychiatrie et la psychologie, l'importance des apports de la psychologie à la psychiatrie, l'intérêt de la collaboration du médecin psychiatre et du psychologue. Un accord s'est également manifesté sur le fait que la psychologie clinique est œuvre médicale, de médecins ayant naturellement une formation psychologique approfondie. Un important problème reste à résoudre, celui de la formation des « psychologues cliniques ». A ce problème, trois solutions ont été proposées par M. M. Gozzano, par M. José Germain, par MM. R. Zazzo et A. Rey. C'est cette dernière solution, prévoyant une formation théorique et clinique, sanctionnée par un diplôme universitaire, ainsi qu'une organisation professionnelle, que le professeur A. Gemelli considère comme la plus logique. Mais les conditions actuelles en Italie n'en permettant pas la réalisation, il se rallie à la solution proposée par M. M. Gozzano d'écoles de spécialisation en psychologie clinique auxquelles pourront être

admis des médecins, dont le rôle sera de faire des diagnostics et d'indiquer les traitements, mais ouvertes aussi à des diplômés en psychologie des Facultés de philosophie, désireux de collaborer avec des psychiatres. C'est dans une collaboration étroite entre psychiatres et psychologues que cet important et délicat problème d'actualité pourra trouver une solution.

R. C.

Psychologie clinique et thérapeutique, par René Resten, médecin du travail. (1 vol. 12×16, 182 pages, 16 fig., *in* Collection « Les petits précis », Maloine édit., Paris 1953).

Après avoir situé les applications de la psychologie à la pratique médicale courante, l'auteur de ce petit livre indique ce qu'est la psychologie clinique et pose le problème des types psychologiques. Résumant, d'après Le Senne, les propriétés constitutives du caractère, il donne un schéma d'examen psychologique en pratique médicale courante en vue du diagnostic caractérologique. La description d'un certain nombre des variétés de caractères est suivie de brèves indications concernant différentes méthodes de thérapeutique psychologique simple ou associée.

L. R.

SEXOLOGIE

Sur la nature de la sexualité (Ueber das Wesen der Sexualität) **et méthodes de traitement des troubles sexuels** (Methoden der Behandlung sexuellen Störungen), (2 volumes de 62 pages et 98 pages des « Beiträge zur Sexualsforschung ». Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1952).

Les deux volumes sont consacrés aux rapports présentés au second congrès tenu à Königstein, en 1952, par la « Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung ». Le premier présenté par Hans Bürger Prinz (de Hambourg), contient des exposés de Franz Arnold (de Tübingen) sur « Sensualité et sexualité à la lumière de la théologie et de la direction spirituelle », de K. S. Bader (de Mayence) sur « Sexualité et législation », de H. Giese (de Francfort-sur-le-Main) sur « Le rôle politique de la question de la nature de la sexualité humaine », de A. Niedermeyer (de Vienne) sur « La nature de la sexualité humaine à la lumière de la médecine de la personne », de Willhart S. Schlegel (de Hambourg) sur « Constitution et sexualité », de H. Schultz-Hencke (de Berlin) sur « La sexualité dans le cadre de la psychothérapie analytique », de J. Deussen (de Heidelberg) sur « Monisme et polarisme dans la théorie de la pathologie sexuelle ». Le deuxième volume, après une introduction de Hans Giese, comprend des communications de H. Albrecht (de Hambourg) sur « La psychopathologie des troubles de la puberté », de Fr. G. Ritter von Stockert (de Francfort-sur-le-Main) sur « La psychopathologie de l'automutilation », de P. A. H. Baan (d'Utrecht) sur « La question du traitement des délinquants sexuels », de F. Wiethold (de Francfort-sur-le-Main) sur « Traitement crimino-biologique des délinquants sexuels », de E. Seelig (de Graz) sur « Association instinctive, compensation instinctive et ambivalence dans les auteurs de viols de l'après-guerre », de H. R. Teirich (de Graz)

sur « Le thème de la sexualité dans le cadre de la thérapie de groupe », de A. Friedmann (de Biel, Suisse) sur « La castration hormonale », de H. G. Leineweber (de Hambourg) sur « La thérapeutique somatique des troubles sexuels », de A. Niedermeyer sur « Le traitement des troubles instinctifs hypersexuels », enfin de K. Steen (de Hambourg) sur « Les résultats de 500 examens spermatiques ». Chaque exposé se termine par des références bibliophiques.

V.-J. Durand.

CRIMINOLOGIE

Etudes de criminologie juvénile, par Jean Chazal. (1 vol., in-8°, 136 pages, *in* Bibl. de la revue « Enfance », Presses universitaires de France, Paris, 1952).

L'auteur, Juge des enfants au Tribunal de première instance de la Seine, constate que le nombre de délits « strictement occasionnels » commis par de jeunes délinquants est fort réduit: la délinquance juvénile trouve son explication dans des anomalies exogènes ou endogènes, permanentes ou temporaires. L'explication du délit, seule référence au jeune âge du délinquant, est toujours fragmentaire.

Soulignant l'importance de la contribution qu'apportent à la criminologie en général les juridictions de mineurs, par l'étude de la personnalité du délinquant, du milieu dans lequel il vit, et des mesures de rééducation permettant sa réintégration sociale, M. Jean Chazal étudie d'abord les corrélations entre le milieu de l'enfant et son délit (exemples pernicieux, manque de direction familiale, empreinte irréductible de groupes familiaux et sociaux, influence de circonstances, erreurs éducatives, traumatismes affectifs, misère, promiscuité, etc...). Il insiste sur l'importance de l'insatisfaction des besoins essentiels et des aspirations profondes de l'enfant dans le conflit qui le dresse contre l'entourage, dans son inadaptation sociale. Mais, s'il peut être corrupteur et traumatisant, le milieu peut aussi constituer un élément éducatif et normalisant, dans des conditions que l'on trouvera exposées ensuite et qui sont actuellement réalisées ou expérimentées en divers pays.

L'action du milieu ne doit toutefois pas masquer le rôle essentiel de la personnalité du sujet, de sa fragilité, de sa réceptivité, de ses tendances. M. Jean Chazal situe le rôle dans le délit des diverses anomalies et irrégularités psychiques, qui peuvent provoquer ou favoriser la délinquance juvénile. Après avoir noté le caractère dangereux des réactions dues à une perversité constitutionnelle et distingué de ces cas l'agressivité de faux pervers, il examine les différents aspects étiologiques qui commandent les possibilités thérapeutiques, pédagogiques, professionnelles, de rééducation des jeunes délinquants présentant des déficiences intellectuelles ou des troubles du caractère. En conclusion, les troubles psychiques déterminant ou favorisant la délinquance des jeunes sujets ont des causes physiologiques et psychologiques profondes souvent aggravées par un milieu défavorable. Des mesures sociales prophylactiques s'imposent au même titre que les mesures de réadaptation sociale.

Dans la controverse qui s'est élevée concernant le rôle du cinéma comme

facteur important de délinquance juvénile, M. Jean Chazal après avoir distingué l'action directe du cinéma et son action indirecte, beaucoup plus importante, dont il étudie le mécanisme, conclut que « le danger du cinéma pour l'enfant est essentiellement dans une fréquentation abusive des salles de projection ». Il rattache ce danger à l'organisation insuffisante des loisirs de l'enfance. De l'étude du vagabondage et des bandes d'enfants dont il examine les causes profondes, les caractères et la resocialisation, il conclut à la nécessité d'une action éducative, à la fois individuelle et collective. Toute action éducative suppose une action par le groupe et à travers le groupe.

En terminant ce livre, si conforme au « néo-humanisme judiciaire » donné pour titre à l'un de ses chapitres, l'auteur montre que c'est devant les juridictions de mineurs, que le respect de la personne du prévenu, le respect de la personne de l'enfant délinquant doit être le mieux assuré, le plus nuancé aussi. D'ailleurs, adapter la décision judiciaire à la personnalité de l'enfant, c'est déjà la respecter. La règle du droit et l'attitude du juge doivent s'adapter à la psychologie de l'enfant. La compétence judiciaire qui se justifie aisément à l'égard du mineur délinquant, se justifie également, ajoute M. Jean Chazal, à l'égard des mineurs considérés comme prédélinquants. Cette question de la compétence judiciaire a été plus discutée à l'égard des mineurs en danger. En France, le décret-loi du 30 octobre 1935 donne déjà pouvoir aux tribunaux d'instituer des mesures d'assistance et de surveillance éducative. Un projet de loi plus complet, relatif à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, est actuellement déposé au Parlement. Lui-même suffisamment informé des disciplines psycho-médico-sociales, le juge des enfants saura, avant de statuer, recourir au concours des psychiatres, psychologues, éducateurs, etc..., spécialisés, et apprécier les rapports de ces techniciens.

Un contact journalier de sept années avec l'enfance délinquante, a permis à l'auteur de ce livre, d'autre part très documenté et où perce à chaque page un grand intérêt pour l'enfance, des considérations théoriques et pratiques que liront avec fruit tous ceux que préoccupent légitimement les problèmes médico-sociaux de l'enfance et de l'adolescence.

René CHARPENTIER.

Actes du IIe Congrès international de criminologie (Paris, Sorbonne, septembre 1950), (IIIe volume, in-8°, 408 pages, Presses universitaires de France, Paris, 1952).

Faisant suite aux deux volumes déjà parus (1), le premier contenant, avec des indications d'ordre général concernant le congrès, les comptes rendus de la section réservée à l'enfance délinquante, le deuxième contenant les travaux de la section de biologie et d'anthropologie, ce troisième volume est consacré aux travaux de la section de psychiatrie, de psychologie et de psychanalyse, présidée par le Dr André REPOND (de Monthey). Il contient, entre autres, les rapports nationaux : du professeur José BELBEY (de Buenos-Aires) sur la *délinquance des schizophrènes ;* des professeurs M. ALEXANDER et J. LEY (de Bruxelles) sur les *classifications et questionnaires en criminologie ;* du Dr Walter BROMBERG (de Reno) sur les *réalisations psychiatriques américai-*

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, janvier 1953, page 124.

nes en criminologie ; du Dr Ben Karpman (de Washington) sur les *contributions de la psychanalyse à la criminologie en Amérique ;* du professeur Lloyd Mc Corckle (de New-York) sur la *psychothérapie de groupe dans les prisons ;* de M. Fabian L. Rorske sur les *récentes contributions de la psychologie à l'étude de la criminogénèse ;* de M. Harry Manuel Schulman (de New-York) sur les rapports de l *intelligence avec la délinquance juvénile ;* des Drs Michel Cénac et Jacques Lacan (de Paris) sur les *fonctions de la psychanalyse en criminologie ;* des Drs S. Lebovici, P. Mâle et F. Pasche (de Paris) sur *psychanalyse et criminologie ;* de M. Enrico Altavilla (de Naples) sur la *recherche psychologique du non-imputable aux fins d'établir les minimes pour les mesures de sûreté ;* du professeur André Rey (de Genève) sur l'emploi en Suisse des *tests psychologiques appliqués à la criminologie ;* du Dr St. Zuruckzoglu (de Berne) sur les voies à suivre pour *connaître et amender le délinquant.*

La discussion du rapport général du Dr Denis Carroll (de Londres), et de celui du professeur Daniel Lagache (de Paris) sur les méthodes et les résultats de la psychiatrie, de la psychologie et de la psychanalyse, furent l'occasion d'intéressantes et nombreuses discussions dont on trouvera le texte dans ce volume et dont Mme le Dr Juliette Boutonier, professeur à la Faculté des lettres de Strasbourg, a clairement résumé les conclusions (p. 313-315). Au cours des diverses séances de ce congrès furent présentées de nombreuses communications sur l'utilisation en criminologie des acquisitions et des méthodes de la psychiatrie, de la psychologie et de la psychanalyse. Parmi les communications qui figurent dans ce troisième volume, citons, dans l'ordre de leur publication, celles des Drs M. Alexander et J. Ley, du Dr Anibal Silveira (de São-Paulo), des Drs J. Trillot et C. Giraudou (d'Albi), du Dr E. Stern (de Paris), du professeur E. Gelma (de Strasbourg), de Mme Camille Nony (de Paris), de M. Thadensz Grygier (de Londres), du professeur G. Heuyer (de Paris), du professeur A. Hesnard (de Toulon), du Dr Fr. Tosquelles (de Saint-Alban), du Dr Ben Karpman (de Washington), de M. J. Spencer (de Londres), du Dr Melitta Schmideberg (de New-York), du professeur Mario Fraulini (de Reggio Emilia), du Dr D. Rodolfo Bramanti Jauregui (République Argentine), du Dr A. Leroy (de Liége), du professeur Morio de Mennato (de Naples).

Une motion, proposée par Mme Camille Nony, demande la constitution de commissions internationales chargées de l'établissement d'une batterie de tests-type pour l'examen des criminels, de la coordination des recherches sur les rapports de l'intelligence et de la délinquance, et l appel aux organismes des Nations Unies pour leur soutien en vue de la mise en pratique de ces deux résolutions dont l'adoption est indispensable si la psychologie doit continuer à être employée comme méthode en psychologie.

D'autre part, à l'assemblée plénière du congrès, furent adoptées les résolutions finales suivantes.

« 1° Intérêt des définitions précises des termes cliniques utilisés dans les « travaux publiés.

« 2° Discrimination entre les travaux des cliniciens et ceux des chercheurs.

« 3° Faciliter le travail clinique et le travail de recherche en criminolo- « gie ; nécessité d'une lésion étroite entre ces deux groupes.

« 4° Le rapport général doit être considéré comme le résumé des positions « actuelles dans les différents domaines de la recherche méthodologique en « psychopathologie. »

Aux trois volumes déjà publiés des actes de cet important congrès international doivent encore venir s'ajouter trois volumes.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

L'atteinte schizophrénique (Sentir. Le vécu), par Eugène Minkowski (de Paris). (*Giornale di psichiatria e di neuropatologia*, fasc. 1, 1er trimestre 1953).

Les schizophrènes conscients de leurs troubles se plaignent souvent de ne pas sentir. L'auteur analyse un cas démonstratif de ce phénomène : incapacité de sentir, impression de resserrement de l'ambiance autour du sujet, tentation de reconstruction synthétique de la part du malade, disjonction entre la tranche tournée vers le social et la faculté de sentir. Les divers sens de ce dernier terme sont examinés. Chez les schizophrènes, il y a essentiellement défaut de la fonction de pénétration. Ce qu'ils savent, ce qu'ils font, n'entraîne aucune vibration intérieure. Il y a simple enregistrement du fait brut. Cette déficience entraîne un ternissement de la vie intérieure et extérieure. La « Spaltung » schizophrénique scinde deux couches : l'une périphérique, enregistrant les excitations du dehors et y répondant, l'autre profonde, source du « senti » et du « vécu ». Cette séparation se fait aux dépens du vécu. Dans la catatonie, au contraire, la couche externe est plus compromise que l'autre. L'auteur étudie les modifications du senti et du vécu dans la schizophrénie et, en particulier, leurs relations avec la désorientation temporo-spatiale et le facteur essentiel, « moi-ici-maintenant ».

V.-J. Durand.

Phénoménologie de la schizophrénie (Fenomenologia da esquizofrenia), par A. L. Nobre de Melo. (*Jornal brasileiro de Psiquiatria*, vol. 1, n° 9, 1951, p. 74-92).

L'auteur fait une étude critique rapide des principales conceptions phénoménologiques de la schizophrénie, puis il propose un schéma didactique provisoire des symptômes de la maladie. Il distingue six groupes de signes : 1° désordres de l'affectivité, soit précoces (avec surtout : appréhension, perplexité, scission du noyau de la personnalité, perte du contact vital avec la réalité, ambivalence), soit tardifs (réactions affectives paradoxales, inadéquates, manque de modulation des affects, autisme) ; 2° perturbations de la volonté, comprenant : *a*) perturbations des impulsions par excès : stéréotypies de mouvement, agitation, ou par défaut : inhibition, suggestibilité, catalepsie ; *b*) perturbations de la psychomotricité : maniérisme, négati-

visme ; 3° troubles de la pensée : caractéristiques formelles (fusion, suspension, vol de la pensée, déviations) ; caractéristiques configurationnelles : désagrégation ; 4° délires : incompréhensibles, inanalysables, irréductibles, de contenu variable ; 5° fausses perceptions : hallucinations diverses, écho de la pensée, dysmorphopsies ; 6° altérations du langage : oral (mutisme, néologismes, réponses à côté, confusion et verbigération), écrit (altérations de forme et de style, symbolisme morbide, schizographie), mimique (pauvreté ou exagération, maniérisme). Analysant les symptômes décrits, l'auteur étudie leurs divers groupements possibles selon les formes cliniques de la schizophrénie. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le test de Rorschach et la schizophrénie initiale (O teste de Rorschach e a esquizofrenia inicial), par Jurandyr Manfredini. (*Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 1, n° 9, 1951, p. 97-111).

L'auteur passe d'abord en revue la littérature consacrée au problème des caractéristiques possibles du Rorschach dans les formes initiales de la schizophrénie. Puis il rapporte quelques faits tirés de l'étude du psychogramme d'un schizophrène à un stade de début. Il signale surtout : grand nombre de réponses, caractère irréel de tout le protocole, succession et type perceptif anormaux, pauvreté marquée des qualités de forme, prédominance des C, grand nombre de M, contenus sexuels fréquents, Erlebnistypus indiquant la désorganisation psychique, abondance des réponses contaminées.

V.-J. Durand.

Les facteurs constitutionnels dans le pronostic de la schizophrénie, par N. S. Kline et A. M. Tenney. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 6, décembre 1950, p. 434).

Les auteurs, suivant la technique de Sheldon, classent les somatotypes en endomorphes (prédominance des éléments endodermiques), mésomorphes (prédominance des tissus musculaires et osseux), ectomorphes (sujets à couches ectodermiques très développées). Mille malades ont été somatotypés. Les auteurs ont trouvé qu'il y avait un rapport très net entre la mésomorphie et un bon pronostic, entre l'endomorphie accusée et un mauvais pronostic. Les mésomorphes ont une tendance à être paranoïdes et non hébéphréniques, tandis que les ectomorphes sont aptes à devenir hébéphréniques et non paranoïdes.

L. Marchand.

Discussion sur quelques aspects somatiques de la schizophrénie, par M. Shattock, D. Hill et J. F. Donovan. (*Procedings of the royal society of medicine*, Sect. Psychiat., vol. 43, n° 2, août 1950, p. 623).

M. Shattock montre que le trouble de la circulation périphérique est celui que l'on note le plus fréquemment. La cyanose des extrémités s'observe dans 63 % des schizophrènes ; le réflexe vaso-moteur est plus lent à se produire que chez les sujets atteints de psychose affective. Les artères des membres sont contractées et parfois le pouls n'est pas perceptible. La pres-

sion artérielle est diminuée. Ces troubles s'atténuent durant les périodes de rémission. Les artères rétiniennes sont diminuées de volume et on peut parfois constater leur contraction passagère dans un segment rétinien. Le métabolisme est très diminué ; on observe des attaques de cétonurie. Le métabolisme hydrocarboné n'est pas modifié. L'akinésie catatonique est un symptôme qui n'a lieu que si le sujet est éveillé ; elle disparaît durant le sommeil. Les troubles des fonctions endocriniennes peuvent revêtir deux formes : déficience œstrogénique ou dysfonction adréno-corticale secondaire à la dysfonction pituitaire. Rien n'est précis en ce qui concerne les fonctions hépatiques. Comme lésions *post-mortem*, on note un foie petit et l'atrésie des artères. Les troubles circulatoires seraient en fait un facteur aggravant de l'affection. Le schizophrène ne peut maintenir l'hémostase par suite de ses défaillances endocrinienne, sympathique et thermique.

D. Hill fait remarquer que la variabilité des tracés électro-encéphalographiques est plus grande chez les schizophrènes que dans les autres groupes de contrôle. Sous ce point de vue, la stupeur catatonique présente un intérêt exceptionnel ; les tracés sont caractérisés par un faible voltage et une lente activité. Chez les schizophrènes, les modifications des tracés électriques en rapport avec les décharges d'adrénaline se font plus lentement que normalement ; chez les sujets atteints de stupeur catatonique, on ne note aucune réaction.

L. Marchand.

Contribution à l'hérédité de la schizophrénie (Contributo all'ereditarieta della schizofrenia). par Carlo Modonesi. (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, XL, fasc. 1, janvier-février 1951, p. 118-146).

Utilisant essentiellement le test de Rorschach, l'auteur a examiné dix sujets, parents de malades mentaux internés pour schizophrénie. Ces sujets, quand ils présentaient des anomalies psychiques, en montraient ordinairement de semblables à celles des malades hospitalisés. Les protocoles détaillés des épreuves de Rorschach permettent de faire d'intéressantes observations.

V.-J. Durand.

Impulsions, pathogénie des impulsions, par Henri Ey. (*Archivio Internazionale di Studi Neurologici*, vol. 1, fasc. 2, décembre 1950, p. 104-126).

Faisant tout d'abord la critique des théories mécanicistes et psychogénistes de la pathogénie des phénomènes impulsifs, en montrant les insuffisances et les vues trop limitées, l'auteur expose ensuite les théories organo-dynamistes auxquelles il se rallie. Sa conception comporte trois aspects essentiels:

1° la dissolution de l'activité volontaire ;

2° une classification des niveaux et structures d'impulsivité ;

3° une théorie des dissolutions uniformes des comportements et des dissolution partielles de la motilité, réalisant respectivement les impulsions proprement dites et les protopulsions.

Une esquisse phénoménologique de l'impulsivité pathologique termine ce mémoire.

V.-J. Durand.

Névroses obsessives chroniques (Neuroses obsesivas cronicas), par Fernando Gorreti. (*Prensa Medica Argentina*, XXXVII, n° 52, 29 décembre 1950).

A la base des névroses obsessives à évolution chronique, l'auteur retrouve un fait réel, péniblement ressenti, surestimé et déformé par la surcharge affective, survenant sur un terrain organique présentant un déséquilibre neuro-végétatif à prédominance sympathique et rendant le malade dépendant d'autrui et réclamant son soutien. De telles constatations entraînent des conséquences thérapeutiques. L'auteur formule d'utiles conseils d'hygiène mentale des obsédés.

V.-J. Durand.

Transformation des obsessions en idées délirantes, par A. Gordon. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 6, décembre 1950, p. 455).

La névrose obsessionnelle comme entité clinique peut se prolonger toute une vie d'une façon continue ou épisodique sans s'associer à des manifestations psychotiques. Les obsessions peuvent s'observer comme éléments symptomatiques au cours de la paranoïa chronique et de la démence précoce ; quand les idées délirantes sont complètement développées, les obsessions s'atténuent ou disparaissent. La transformation directe d'une obsession en idée délirante est possible. Le plus souvent, l'obsession constitue un point de départ pour le développement de l'idée délirante par l'intermédiaire d'un processus interprétatif, qui est particulièrement marqué quand les obsessions sont persistantes. Le passage des obsessions en idées délirantes peut aussi avoir lieu au cours des affections mentales dépressives. La présence d'obsessions dans la vie d'un individu n'a aucun rapport direct sur la forme de psychose qui peut apparaître plus tard ; elle indique seulement qu'il y a chez le sujet une dissociation de la personnalité et une prédisposition aux troubles mentaux.

L. Marchand.

Les psychoses de haine antisémite chez les aliénés (Le psicosi di odio antisemita negli alienati), par Henri Baruk (de Paris). (*Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, Ferrare, LXXIX[e] année, fasc. 1, 1951, p. 5-13).

L'étude des psychoses antisémites chez les aliénés permet de comprendre beaucoup de cas de haine antisémite observés dans la vie courante. L'auteur rapporte des observations de délire de persécution à thème antisémite, liées à des perturbations de la conscience morale avec sentiments de culpabilité projetés sous forme de haine par le mécanisme du bouc émissaire et avec exaltation affective par troubles hormonaux ou tuberculose ancienne. Parfois, le délire antisémite se transforme en philosémitisme. L'auteur conclut en montrant l'intérêt de tous ces faits pour la meilleure connaissance du problème psychologique de la paix et de la guerre.

V.-J. Durand.

Les états délirants dans le décours du parkinsonisme encéphalitique, (Gli stati deliranti nel decorso del parkinsonismo encefalitico), par M. Anderson et A. Guerra (de Rome). (*Rassegna di Neuro-psichiatria*, vol. 5, n° 1, janvier-février 1951, p. 22-44).

Les auteurs rappellent tout d'abord l'essentiel des notions classiques sur la question, puis rapportent treize observations personnelles, qui leur permettent de proposer la classification suivante : *a*) délires épisodiques temporaires, soit de type confusionnel (avec hallucinations ou illusions, sentiment de transformation du monde extérieur, troubles de la conscience du moi), soit de type interprétatif ; *b*) délires chroniques : soit de type paranoïco-paraphrénique (expériences délirantes primaires avec ou sans hallucinations ou interprétations), soit de type paranoïde avec d'autres symptômes pseudo-schizophréniques. Une critique est faite des autres classifications, en particulier de Claude et Ey et de Gutmann. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le délire idio-onomatique (Il delirio idioonomatico), par Tommaso Senise (de Naples). (*Il Cervello*, 27e année, n° 2, 15 mars 1951, p. 116-121).

Quelques schizophrènes présentent un délire particulier que l'auteur propose d'appeler idio-onomatique, par lequel ils ne reconnaissent plus comme à eux leurs nom et prénoms, les nient et en adoptent d'autres. Il s'agit donc d'une altération typique de l'identité personnelle. Il peut s'agir d'un simple délire de négation, comme d'un vrai délire de transformation de la personnalité, venant de la dissociation psychique et surtout de troubles de la mémoire et de l'idéation. Trois exemples sont rapportés.

V.-J. Durand.

Les hallucinations verbales considérées comme langage automatique, par L. Gould. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 2, août 1950, p. 110).

On peut expliquer l'hallucination verbale en se basant sur des principes connus, physiologiques et psychologiques. Elle est un trouble du langage et non un trouble de perception. L'hyperactivité du mécanisme musculaire et le retour à d'anciennes habitudes de l'expression par le langage produisent une autonomie que le malade est impuissant à modifier et qu'il considère comme n'appartenant pas à son moi. Les effets caractéristiques du son et de la voix humaine, les facteurs comprenant l'attention, la préoccupation et l'égocentricité, les réactions au langage des autres, le besoin d'expliquer et de discuter, tout augmente l'hypertension vocale qui est déjà accusée et exagère l'autonomie du langage. La psychothérapie, la thérapeutique occupationnelle, des exercices personnels ou en groupes concernant le fonctionnement des organes intervenant dans la parole et le chant pourront permettre la resocialisation du malade.

L. Marchand.

Haschichisme et hallucinations. (Maconhismo e alucinaçôes, par José Lucena. (*Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 1, n° 8, 1950, p. 218-228).

L'auteur passe en revue la littérature relative aux troubles provoqués par l'usage de *cannabis sativa*, comparés à ceux dus au marihuana et au haschich. Les hallucinations pluri-sensorielles sont habituelles, provoquant des états d'angoisse. Un cas typique est rapporté avec pseudo-hallucinations, sentiment de clairvoyance, intuition divinatoire. L'auteur discute le problème des relations entre l'hallucination et l'idée délirante. Pour lui, les hallucinations cannabiques ne peuvent se séparer des perturbations globales de la personnalité. La conduite de l'intoxiqué est une expression de ses idées délirantes et non pas un résultat secondaire des hallucinations. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'ivresse amnésique et la valeur des techniques appliquées pour le dosage de l'alcool éthylique. (La ebriedad amnesica y la valor de las tecnicas aplicadas para la dosificacion de alcohol etilico), par Danilo C. Vucetich et Roberto Ciafardo. (*Revista de Psiquïatria y criminologia*, Buenos Aires, 15e année, n° 77, octobre-décembre 1950, p. 285-289).

Examinant la question de l'ivresse amnésique et l'aide que peut apporter le dosage de l'acide éthylique, les auteurs concluent que cette forme d'ivresse constitue une réalité clinique de grande importance médico-légale. Elle dépend de multiples facteurs et le dosage de l'alcool contenu dans l'organisme manque de valeur absolue. La meilleure technique semble celle préconisée en 1938 par Cordebard et utilisant une solution nitrochromique.

V.-J. Durand.

Psychose polynévritique de Korsakoff dans l'enfance. (Psicose polineuritica de Korsakoff na infancia), par Inaura Carneiro Leao. (*Revista do centro psiquiatrico nacional*, Rio de Janeiro, vol. 2, n° 3-4, 1er et 2me semestres 1947, p. 34-39).

L'auteur décrit l'observation d'une petite fille de 11 ans présentant un état de dénutrition prononcé, associé à des symptômes neurologiques (abolition des réflexes rotuliens et achilléens, steppage, hypertonie, incoordination) et à des troubles psychiques (amnésie de fixation, troubles confusionnels). Ces manifestations sont caractéristiques de la psychose polynévritique de Korsakoff, affection très rare dans l'enfance. Une carence en vitamine B1 est à incriminer. La vitaminothérapie intensive a guéri le syndrome.

V.-J. Durand.

L'électroencéphalogramme dans le syndrome de Korsakoff, par W. Corman, E. Stearns et B. Wortis. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 1, juillet 1950, p. 20).

Les électro-encéphalogrammes furent recherchés chez 21 sujets présentant des antécédents graves d'alcoolisme, de la confabulation, des troubles

amnésiques, du nystagmus et des troubles nerveux périphériques. Les tracés ne sont pas caractéristiques du syndrome. 17 sujets avaient un tracé anormal et 4 un tracé normal. Parmi les sujets avec tracés anormaux, les anomalies consistaient en un rythme lent de 5 à 8 cycles/seconde et de 50 à 80 microvolts, plus accusé dans les régions frontales que dans les régions occipitales. Neuf de ces quinze sujets présentaient aussi des rythmes rapides de 20 à 25 cycles/seconde et de 25 à 50 microvolts. Chez deux malades, les anomalies étaient localisées et les foyers concordaient avec les données cliniques et pneumographiques d'un ancien trauma cérébral. Aucune corrélation entre l'importance des anomalies électro-encéphalographiques et la durée de la psychose, le nystagmus, les troubles nerveux. Quatre sujets avaient des manifestations convulsives ; ils avaient subi eux aussi des accidents cranio-cérébraux.

L. Marchand.

Sur les psychoses paludéennes (Sulle psicosi malariche), par Mario Contini et Giuseppe Stefanacci (d'Imola et de Sienne) (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, XL, fasc. 1, janvier-février 1951, p. 1-26)

Reprenant dans son ensemble la question assez discutée des troubles mentaux liés au paludisme, les auteurs rappellent les opinions émises par les différents auteurs. De leurs observations personnelles, dont certaines sont rapportées, ils peuvent conclure à la distinction des troubles psychiques réveillés par le paludisme chez des sujets ayant présenté antérieurement des manifestations mentales et des syndromes dus directement à la malaria avec, soit attaques convulsives, soit état dépressif, soit excitation confuso-onirique. Il est légitime d'individualiser des psychoses du paludisme. A côté des troubles mentaux s'observent des manifestations neurologiques. Les auteurs décrivent ce qu'il faut en savoir. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Diabète émotionnel d'apparition simultanée chez deux sœurs, par Gamelin, Garnung et Loup. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 29 juin 1951).

Deux cas de diabète sucré apparus simultanément à la suite des mêmes circonstances émotives, en 1944, chez deux sœurs de 40 et 33 ans, et découverts à la suite d'un coma chez l'une d'elles. L'absence d'antécédents diabétiques ne permet pas d'invoquer d'autre étiologie que celle d'un processus diencéphalo-hypophysaire.

L. R.

La personnalité des dyspeptiques, avec référence spéciale aux ulcères gastrique et duodénal (The personality of dyspectics, with special reference to gastric and duodenal ulcer), par Max Hamilton (de Londres). (*The British Journal of Medical Psychology*, XXIII, n° 3-4, 1950, p. 182-198).

Après un bref rappel des travaux sur la question, l'auteur rapporte les résultats de recherches personnelles portant sur des malades souffrant d'ulcères d'estomac, du duodénum, de dyspepsie sans ulcère et sur des sujets

sains. L'investigation concernait l'âge, l'état civil, le nombre des enfants, le niveau social et celui des parents, le type de travail, la longueur de la maladie, l'âge au début des troubles, le rang dans la famille, l'effet des soucis sur les symptômes et le type physique. On constate dans la personnalité des traits répondant à la névrose anxieuse. Quelques différences sont observées dans le tableau psychique. Nombreux tableaux numériques. Importante bibliographie, mais uniquement anglo-saxonne.

V.-J. Durand.

Sur un cas de mérycisme. (Sobre um caso de mericismo), par José Affonso Netto. (*Revista do Centro Psiquiatrico Nacional*, Rio de Janeiro, vol. 2, n° 3-4, 1er et 2me semestres 1947, p. 30-33).

L'auteur rapporte le cas d'un enfant de 11 ans souffrant d'accès convulsifs depuis l'âge de 7 ans et montrant un retard intellectuel marqué et de l'énurésie. Ce malade, très vorace, mange très vite et rumine les aliments. A propos de cette observation, sont faits quelques commentaires sur le mérycisme et son évolution.

V.-J. Durand.

Idiotie familiale due à la lipidose neuronale, (exemple d'idiotie amaurotique tardive), par J. A. Jervis. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 6, décembre 1950, p. 409).

L'affection s'est manifestée à 7 ans par un affaiblissement mental progressif et une spasticité musculaire généralisée sans manifestation oculaire et sans épilepsie. La mort est survenue à l'âge de 35 ans. Le malade était le septième d'une famille de 12 membres, dont 4 étaient atteints de la même affection. L'examen anatomo-pathologique décela l'atrophie corticale, une infiltration généralisée des éléments nerveux par des granulations lipoïdes, le gonflement et l'effritement des corps cellulaires, la présence de zones acellulaires, la réaction de la macroglie, l'absence de lésions cérébelleuses. Ce cas est un exemple d'idiotie amaurotique tardive.

L. Marchand.

NEUROLOGIE

De la syphilis nerveuse, par M. Riser, Mlle S. Lavitry, L. Gayral, Gleizes et Ribaut (de Toulouse). (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 6 novembre 1952).

Observations de 112 malades français de race blanche ayant certainement contracté la syphilis, correctement traités depuis l'accident primaire, pendant deux ans et demi à six ans, suivant les cas, sans interruption, par des cures mixtes, arsenic et bismuth, ou arsenic et mercure, classiquement suffisantes quant aux doses et à la répétition. L'examen clinique général et neuro-psychiatrique, l'examen du liquide céphalo-rachidien, ont été systématiquement pratiqués, à plusieurs reprises.

Six de ces malades ont présenté une syphilis nerveuse parenchymateuse dont les signes cliniques initiaux ont toujours été précédés d'une réaction méningée humorale, cliniquement latente progressive, débutant par une

hyperalbuminose et une lymphocytose modérées, se complétant par la suite. On ne saurait cependant attribuer à cette méningite priorité par rapport aux lésions du parenchyme latentes, non exprimées.

Cependant, de tels faits montrent que l'examen du liquide céphalo-rachidien reste utile chez les syphilitiques, plus particulièrement entre la 7e et la 10e année après l'accident initial ou secondaire. Par ailleurs, trois ans de traitement après la contamination ne paraissent pas suffisants, comme il a été dit récemment, pour éviter à coup sûr une syphilis nerveuse.

L. R.

Tabo-paralysie générale juvénile, par J. Euzière, R. Lafon, J.-L. Faure, J. Minvielle et C. Cazalis (de Montpellier). (*Pédiatrie*, n° 3, 1952).

Après avoir souligné la rareté des cas de tabès, de paralysie générale ou de leur association chez des enfants, les auteurs exposent le tableau qu'a présenté une jeune fille de 14 ans et le traitement subi sans résultat bien appréciable. Les auteurs font un rappel de l'étiologie de la tabo-paralysie générale infanto-juvénile, de la clinique des deux affections, des signes électro-encéphalographiques et de l'encéphalographie gazeuse, du syndrome humoral et endocrinien (insuffisance para-thyroïdienne, spasmophilie). Après le diagnostic différentiel, l'auteur étudie les traitements, en particulier la pénicilline associée à la pyrétothérapie, dont l'avenir seul dira si l'on en peut espérer autant que dans les tabo-paralysies générales de l'adulte.

D. Joyeux-Quercy.

Forme prolongée de méningite à pneumocoques avec hydrocéphalie par lésions de la convexité. Résultats spectaculaires de l'intervention, par M. d'Œlsnitz, J. Duplay, A. Lombard et Th. Gioanni (de Nice). (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 13 mars 1951).

Au cours d'une méningite à pneumocoques à forme prolongée, où pénicillinothérapie et antrotomie s'étaient montrées inefficaces, l'hydrocéphalie et les troubles neurologiques et généraux imposent l'intervention neurochirurgicale, qui révèle d'importantes lésions purulentes de la convexité, permettant d'attribuer l'hydrocéphalie, non au classique blocage, mais à la non-résorption liquidienne.

Les auteurs soulignent ce mécanisme particulier, montrent qu'on peut le soupçonner sur le contraste entre l'aggravation clinique et la stérilité du liquide ventriculaire, et concluent d'ailleurs à la même indication thérapeutique de dérivation par ouverture de la lame sus-optique suivie de pénicilline ventriculaire, qui accède dès lors directement aux lésions. Le bien-fondé d'une telle méthode fut confirmé par la guérison.

L. R.

L'étude radiologique des citernes de la base dans la méningite tuberculeuse. (Lo studio radiologico delle cisterne della base nella meningite tubercolare), par A. Toti (de Ferrare). (*Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, 79e année, fasc. 1, 1951, p. 39-53).

L'emploi de la cisternographie suivant la méthode de Belloni a permis de reconnaître, chez 15 malades atteints de méningite tuberculeuse, plusieurs

types d'images radiographiques. Les images initiales sont assez peu différentes des types normaux, mais le passage de l'air est plus lent. Plus tard, ou dans les formes plus évidentes, on peut voir les blocages cisternaux. Il y a une certaine relation entre l'hydrocéphalie et les altérations des citernes, mais aucun parallélisme entre ces dernières et le degré de souffrance des nerfs voisins. La roentgenthérapie précoce peut empêcher la formation des blocages. La cisternographie se montre très utile pour le neuro-chirurgien, dans les interventions par dérivation liquidienne. Douze radiographies sont reproduites.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude du syndrome d'induction sensorimotrice, par J. Rozanski. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LXIX, fasc. 1/2, Zurich, 1952).

Deux nouvelles observations du syndrome sensori-moteur, auquel Halpern a récemment consacré une monographie. L'auteur conclut que ces observations confirment une fois de plus l'existence de cette entité et démontrent l'influence altérative de certains processus moteurs sur les fonctions des organes des sens. (12 figures).

L. R.

Réflexions sur la rétraction spasmodique des paupières supérieures (A propos de 3 cas personnels s'accompagnant de syndrome de Parinaud), par J.-A. Chavany et Mme Bertranne Auvert (de Paris). (*La Presse médicale*, 21 mars 1951).

Trois observations de lésion de la partie haute de la région pédonculaire et de la région des tubercules quadrijumeaux, dans lesquels un syndrome de Parinaud s'accompagna de rétraction spasmodique des paupières supérieures. Dans un cas, il s'agissait d'anévrysme fissuré, dans les deux autres de processus tumoraux. Dans les trois cas, la rétraction palpébrale s'avéra comme un symptôme labile qui disparut rapidement. Il paraît dû à une augmentation de tonus d'ordre végétal du muscle de Muller.

R. C.

Le nystagmus traumatique du voile du palais, par M. Klinger (de Zürich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie* vol. 64, fascicule 1/2, 1949).

L'auteur décrit un malade atteint de cette affection en suite d'un grave traumatisme cranio-cérébral. Il indique les caractéristiques de ce symptôme, le plus souvent inaperçu des patients. Au point de vue anatomo-pathologique, on trouve généralement des foyers de ramollissement dans le cervelet, la protubérance ou l'olive bulbaire. Ce symptôme n'est guère influençable thérapeutiquement. On n'en cite qu'un cas guéri par les ondes courtes.

H. Bersot.

Une forme particulière d'épanchement traumatique intra-cranien, l'hématome basilaire, par Jean GUILLAUME et Jean PECKER (de Paris). (*La Presse médicale*, 21 mars 1951).

Forme topographique particulière d'épanchement sanguin intracranien, l'hématome basilaire traumatique, plus fréquemment extra-dural que sous-dural, succédant habituellement à une fracture de la base avec épistaxis ou otorragie, hémorragie méningée initiale, s'accompagne, d'une part, de troubles psychiques d'allure confusionnelle, sur lesquels vient parfois se greffer une cachexie d'évolution rapide ; d'autre part, de paralysies oculomotrices atteignant presque électivement la III[e] paire. Des signes moteurs et des modifications du fond d'œil s'associent parfois à ce tableau clinique, dont le diagnostic sera établi avec certitude grâce à la ventriculographie.

Les auteurs décrivent des formes subaiguës et des formes chroniques cachectisantes. Cette notion évolutive les amène à insister également sur les formes aiguës. Souvent, en présence d'un blessé qui présente un coma profond, une raideur méningée, une mydriase, on parle de « commotion cérébrale », d' « œdème diffus » ou de « souffrance du tronc cérébral » ; nombre de ces cas sont souvent justiciables d'une trépanation exploratrice de la base : il existe parfois un hématome basilaire aigu responsable en partie des réactions vaso-motrices œdémateuses du cerveau.

R. C.

Le syndrome chiasmatique post-traumatique avec pneumatocèle intra-cranienne, par Cl. GROS et R. CAZABAN (de Montpellier). (*La Presse médicale*, 28 mars 1951).

Les pneumatocèles, sans être exceptionnelles, ne sont pas très fréquentes. En dehors de cas très rares, où elles sont la conséquence de lésions infectieuses ou le fait d'ostéomes de la face endocranienne de l'os frontal (Ricard et Devic), elles sont dues à un traumatisme antérieur, apparaissent précocement ou tardivement (quelques semaines à quelques mois) et tirent la symptomatologie de leur localisation.

Les auteurs rapportent l'observation d'une rhinorrhée post-traumatique méconnue, examinée pour une baisse de l'acuité visuelle. L'examen permit de constater, quarante-cinq jours après l'accident, l'existence d'une hémianopsie bitemporale en relation avec une pneumatocèle intracranienne de l'étage antérieur développée sous la forme d'une poche kystique comprimant le chiasma.

Chez ce malade, l'intervention permit d'affirmer que l'hémianopsie était due à un double processus : d'une part, à la compression directe du chiasma ; d'autre part, à l'évolution d'une arachnoïdite adhésive, cloisonnant fortement la région opto-chiasmatique. De telles lésions, même opérées, restent graves au point de vue fonctionnel, car le diagnostic n'en est pas fait précocement. A cette occasion, les auteurs envisagent le problème général des hémianopsies post-traumatiques.

L. R.

Tumeurs du chiasma. A propos de deux gliomes et d'un méningiome propre du chiasma, par J.-E. Paillas, P. Guillot et J. Bonnal (de Marseille). (*La Presse médicale*, 9 mai 1951).

S'il est possible, dans certains cas, de soupçonner le diagnostic de tumeur du chiasma, les auteurs soulignent la difficulté fréquente de ce diagnostic et la nécessité, en cas de doute, d'une exploration chirurgicale avant de faire de la radiothérapie. Cette intervention ne sera pas seulement exploratrice, mais permettra au moins une décompression. La radiothérapie sera ainsi mieux supportée.

Deux observations de gliome du chiasma illustrent ces commentaires. Les auteurs rapportent une troisième observation, exceptionnellement rare, de méningiome propre du chiasma.

R. C.

Hémiplégie cérébrale chez un nourrisson de 18 mois par méningo-encéphalite syphilitique, par M. d'Œlsnitz, J. Pellegrin et Th. Gioanni (de Nice). (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 13 mars 1951).

Chez une enfant, jumelle, de 18 mois, porteuse d'une syphilis congénitale déjà traitée, survient brusquement une hémiplégie cérébrale dont la nature méningo-encéphalitique est attestée par la réaction liquidienne et l'électro-encéphalographie.

Les auteurs insistent sur l'extrême rareté de tels cas et sur la surprenante rétrocession des troubles sous l'influence du traitement pénicillino-bismuthique. Ils signalent que, fait paradoxal de possibilité d'ailleurs connue, la sœur jumelle est restée totalement indemne. Ils soulignent à cette occasion l'importance toujours actuelle du dépistage et du traitement précoce de la syphilis congénitale du nourrisson.

L. R.

Hémiplégie après injection prophylactique de sérum antitétanique (Emiplegia dopo injezione profilattica di siero antitetanico), par Vasco Castelletti (de Ferrare). (*L'archespedale S. Anna*, vol. 4, fasc. 2, 1951).

Un homme de 49 ans, qui avait eu trois ans plus tôt une injection de sérum antitétanique, reçoit une nouvelle administration prophylactique pour une plaie de la main. Au bout de huit jours, apparaît une maladie du sérum typique à laquelle s'associe, immédiatement, une hémiplégie de type cortical. Le traitement antiallergique et l'ionisation calcique améliorent les troubles, mais il demeure une hémiparésie spastique prédominant au membre supérieur. A propos de ce cas, l'auteur rappelle les notions essentielles sur les complications nerveuses de la sérothérapie, opposant surtout la fréquence des atteintes périphériques à la rareté des encéphalites. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Abcès du lobe frontal. (Abcesso del lobo frontalo), par Espodito di Lauro (de Naples). (*L'ospedale psichiatrico*, 18e année, fasc. 4, octobre-décembre 1950, p. 295-300).

Après un bref rappel des notions essentielles de pathogénie, d'étiologie, de symptomatologie et de thérapeutique des abcès du lobe frontal, l'auteur décrit un cas personnel par sinusite fronto-ethmoïdale purulente, opéré d'urgence, évacué par aspiration le lendemain et guéri après pénicilline.

V.-J. Durand.

Sur une leucoencéphalite sclérosante subaiguë, par Ludo van Bogaert (d'Anvers). (*Revue neurologique*, 1952, 2e semestre, n° 1).

Dans ce travail de l'Institut Bunge, l'auteur isole un type anatomo-clinique très proche de la panencéphalite noduleuse et présentant des lésions très particulières. 12 planches hors-texte.

L. R.

Le diagnostic précoce des gliomes cérébraux, par M. Feld. (*Le bulletin médical*, 15 mars 1951).

Après avoir décrit le développement anatomo-physiologique des gliomes, précisé les signes d'alarme, insisté sur le fait que l'examen clinique doit être un examen neuro-psychiatrique complet et sur l'intérêt des examens de spécialité (en particulier de l'électro-encéphalographie, de l'artériographie et de la ventriculographie pré-opératoire), l'auteur, envisageant le problème thérapeutique, conclut que trop souvent l'étendue de la tumeur défie le neuro-chirurgien et l'oblige à une intervention limitée ou palliative. Une amélioration des résultats opératoires dépend désormais moins du neuro-chirurgien que de son plus précieux collaborateur : le praticien. Un diagnostic précoce est plus important que le brio opératoire.

En bref, le double problème du dépistage est de rattacher à l'hypertension intra-cranienne des manifestations fonctionnelles apparemment solitaires, de retrouver la lésion qui est à l'origine des troubles neuro-psychiatriques longtemps mono-symptomatiques. Dans tous les cas, dépasser le diagnostic syndromique.

R. C.

Des encéphalocèles aux gliomes nasaux (Deux observations de tumeurs hétérotypiques trans-éthmoïdo-frontales), par J.-E. Paillas. R. Vigouroux et M. Badier (de Marseille). (*La Presse Médicale*, 1er octobre 1952).

Parmi les tumeurs congénitales siégeant, chez l'enfant, à la racine du nez, l'examen clinique aussi bien que les constatations anatomiques faites durant l'intervention permettent de reconnaître deux types, suivant que la tumeur contient du liquide céphalo-rachidien ou qu'elle est constituée uniquement par une masse néoplasique extra-osseuse et extra-durale. Dans le premier cas, on dit que l'on a affaire à un méningo-encéphalocèle et, dans le second, il est habituel de parler de gliome nasal. L'expérience confirme l'exactitude de cette classification élémentaire, mais il existe certainement une transition entre ces deux aspects et les auteurs en rapportent deux observations démonstratives.

La transition est donc possible sur le plan anatomique, comme elle existe au point de vue histologique : les gliomes nasaux sont des formations glio-scléreuses et lobulées susceptibles de renfermer des cellules nerveuses, et la partie prolabée des encéphalocèles contient des formations scléreuses et lobulées tout à fait comparables. En réalité, toutes ces formations sont en relation avec une dysraphie, compliquée de dysembryoplasie dans le cas des gliomes nasaux.

L'opération doit nécessairement supprimer la tumeur proprement dite et reconstituer la paroi fronto-ethmoïdale. Les auteurs décrivent la technique adoptée dans chaque cas.

L. R.

L'exophtalmie unilatérale des tumeurs craniennes et intracraniennes, par G. Lazorthes et J. Géraud (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 22 janvier 1951).

Douze cas d'exophtalmie unilatérale symptomatique, sept fois d'une tumeur cranio-orbitaire et cinq fois de néo-formations de l'étage antérieur. Ces derniers cas offrent des difficultés d'interprétation pathogénique quand la tumeur est nettement éloignée de l'orbite.

L. R.

Les tumeurs spino-craniennes. (I tumori spino-craniali), par Alberto Ederli et Mario Anderson (de Rome). (*Rassegna di Neuropsichiatria*, vol. 4, n° 6, novembre-décembre 1950, p. 553-570).

Après une révision de la littérature, les auteurs rapportent deux observations personnelles de tumeurs spino-craniennes : l'une chez un homme de 36 ans, par neurofibrome ; l'autre, chez un garçon de 13 ans, probablement par sarcome à petites cellules. La symptomatologie était assez caractéristique, mais ces cas sont remarquables tous deux par leur apparition dans le sexe masculin et le second par l'atteinte d'un enfant, ce qui est particulièrement rare. A leur propos, les auteurs reprennent la description des différents signes habituellement décrits : début par céphalée occipitale avec rigidité de la nuque, puis paresthésies et hypotonie du membre supérieur homolatéral, anesthésie thermo-algésique des dermatomes cervicaux supérieurs, troubles de la sensibilité profonde ; ensuite, parésie des membres inférieurs et du membre supérieur opposé, atrophie des petits muscles de la main. Plus rarement : syndrome de Claude Bernard-Horner, troubles végétatifs, atteinte des nerfs craniens, signes cérébelleux. Ces tumeurs, qui sont surtout des méningiomes, frappent surtout le sexe féminin, à l'âge moyen. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Syndrome de sclérose latérale amyotrophique post-traumatique. (Sindroma di sclerosi laterale a miotrofica post-traumatica), par Alberto Volpe (de Macerata). (*Il Cervello*, 27e année, n° 3, 15, mai 1951, p. 170-191).

L'auteur rapporte une observation montrant des signes de sclérose latérale amyotrophique à la suite d'une chute sur la tête avec luxation de la

4e vertèbre cervicale. Après examen des caractéristiques symptomatiques de ce cas, il rappelle les opinions exprimées au sujet de l'étiologie de la sclérose latérale amyotrophique, et, en particulier, du rôle attribué au facteur traumatique. De la discussion du cas et de l'étude de la littérature, il conclut à l'existence de formes de sclérose latérale amyotrophique par lésions médullaires traumatiques. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Rapports entre sclérose en plaques aiguë et neuromyélite optique (Rapporti fra sclerosi a placche acuta e neuromielite ottica), par V. Floris, L. Agostini et G. Ruggero (de Bologne). (*Rivista di Neurologia*, XX, fasc. 4, juillet-août 1950, p. 322-367).

La classification des affections démyélinisantes aiguës et chroniques demeure un problème difficile à résoudre. Un point particulièrement discuté est celui de la position de la neuromyélite optique aiguë de Devic et de ses rapports avec l'encéphalomyélite aiguë disséminée ou sclérose multiple aiguë. Les auteurs rappellent de façon détaillée les opinions contradictoires émises à ce sujet, puis ils rapportent un cas personnel dont les symptômes cliniques et les lésions anatomiques pouvaient rendre délicat l'encadrement nosologique. De l'étude minutieuse de cette observation, les auteurs concluent que, tant que l'étiologie des maladies démyélinisantes ne sera pas mieux connue, il faut préférer les classifications anatomo-cliniques, à celles fondées sur l'étiopathogénie. Nombreuses microphotographies. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Formes anormales et précoces de sclerose en plaques. (Ανωμαλοι και πρωιμοι μορφαι της σκληρυνσεως κατα πλακας), par D. Kouretas et A. Caloutsis. (*Encéphale*, Εγκεφαλος. Athènes, n° 4, décembre 1950, p. 235-238).

Les auteurs rapportent une observation de sclérose en plaques intéressante par sa symptomatologie. Le malade âgé de 28 ans avait eu, dix-sept ans plus tôt, une première crise épileptique bravais-jacksonienne droite, laissant une déficience motrice des membres supérieur et inférieur droits. Une seconde crise comitiale localisée à l'hémicorps droit survient seize ans après la première. On note alors : hypotonie des membres droits, hémiparésie faciale droite centrale, syndrome pyramidal complet à droite, dysmétrie, adiadococinésie, passivité, dysarthrie, paresthésies aux membres supérieurs, abolition des réflexes abdominaux. On porte le diagnostic de sclérose en plaques. Certes, il est difficile de faire une identification certaine dans des cas semblables, à début précoce, marqué seulement par un accident comitial peu caractérisé.

V.-J. Durand.

De la notion de temps dans l'évolution des processus pathologiques, par R. Leriche. (de Paris). (*La Presse médicale*, 6 octobre 1951).

Avec des observations précises, l'auteur montre que la notion de temps n'est pas la même pour nos tissus que pour nous. Dans un de ces cas, vingt-

cinq ans après une blessure par balle juxta-rachidienne, une paraplégie survient. Elle est causée par des varices partant du projectile, serpentant dans les muscles et entrant dans l'espace sous-dural par le trou de conjugaison.

Plusieurs faits sont rapportés, montrant des évolutions pathologiques après vingt ans et trente ans de silence.

L. R.

Atrophie spinale segmentaire. Remarques à propos de trois derniers cas vérifiés chirurgicalement. par J. A. Barré. (*Comptes rendus de la Réunion neuro-chirurgicale de Strasbourg* du 4 mars 1951)

Exposé des signes spéciaux présentés par divers malades (douze jusqu'à maintenant), chez lesquels l'intervention chirurgicale a permis de constater une « atrophie spinale segmentaire ». En considérant spécialement les trois derniers cas contrôlés, ils montrent que ces cas sont confondus pendant des années avec une « sclérose en plaques », une « névraxite indéterminée », ou demeurent ignorés parce que les troubles succèdent à un traumatisme direct ou indirect d'un segment du rachis.

Si la simple découverte de la moelle a parfois été suivie d'améliorations notables, incomplètes sans doute, mais inestimables, l'auteur pense que l'intervention plus précoce, commandée par un examen clinique approfondi, permettrait des résultats très supérieurs. Certains faits portent à croire qu'il s'agit au début de lésions d'œdème spinal, sur lesquelles la laminectomie peut avoir un effet très favorable. Ce serait le traitement préventif d'accidents qui, laissés à eux-mêmes, ont une évolution, lente sans doute, mais à peu près fatale.

L. R.

Un cas de forme méningée pure de maladie de Heine-Médin, par Mlle Jeanne Delon et A. L. Martin (Casablanca). (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 21 novembre 1950).

Observation d'un garçon de 11 ans atteint d'une forme méningée pure de maladie de Heine-Medin. Le liquide céphalo-rachidien était clair avec augmentation discrète de l'albumine et du sucre. L'inoculation au lapin a permis de déceler la présence du virus poliomyélitique.

R. C.

Poliomyélite à forme respiratoire au cours de la gestation. par R. Rouchy, P. Perreau, C. Guilmet, P. Courtille et M. Fresneau. (*Bull. de la Société de gynécologie et d'obstétrique de l Ouest*, séance du 3 décembre 1950).

Deux observations de poliomyélite avec troubles respiratoires graves, ayant nécessité une opération césarienne : enfants vivants dans les deux cas. Dans la première observation, la malade a succombé rapidement. Dans la seconde, l'intervention a pu être menée à bien, grâce à la collaboration des médecins et des anesthésistes. L'utilisation du poumon d'acier a permis la survie.

L. R.

Les paralysies du voile par tétanos, par J. Géraud, L. Gayral et J.-P. Lacapère. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 5 mars 1951).

Observation d'un tétanos consécutif à avulsions dentaires, ayant débuté 3 semaines après par une paralysie du voile du palais, restée isolée encore pendant 15 jours, puis syndrome classique de tétanos subaigu avec trismus. Guérison, la paralysie du voile demeurant le dernier symptôme à disparaître. Les auteurs insistent sur la rareté de cette localisation et les erreurs de diagnostic possibles au début.

L. R.

PSYCHANALYSE

Sur la psychologie de l'inconscient, par Ernst Schneider (de Bâle). *Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. XI, n° 2, Berne, 1952)

Considérations sur l'inconscient visant à l'unité de la théorie... L'âme, organe directeur de la personne, agit consciemment et inconsciemment (inconscient qui emmagasine l'expérience, sert de fondement aux réactions conscientes, aux souvenirs, aux actes automatiques, aux formations névrotiques). En dehors de cet « inconscient d'expérience », le fonds instinctuel inconscient (inconscient absolu de Carus) guide les processus somatiques, « construit » le corps et en assure la conservation, ordonne ses activités. C'est de lui, de cet inconscient, que proviennent les « images originelles » (archétypes de Jung), « présentations » conscientes des processus instinctuels.

Des concepts d'inconscient personnel, d'inconscient familial (Szondi), d'inconscient collectif, demanderaient un examen approfondi, car tous les processus psychiques sont simultanément généraux (collectifs), typiques (ou familiaux) et individuels (personnels).

L. R.

La psychanalyse, complément indispensable de la psychotechnique, par L. J. Bohn. (*Revue de morpho-physiologie humaine*, 3e année, n° 6, juin 1950, p. 17-22).

L'auteur montre l'utilité de l'emploi de la psychanalyse, à côté des examens psychotechniques. S'appuyant sur des exemples d'accidents du travail, à fondement affectif ou par conflit psychique, il met bien en évidence le rôle efficace que peut jouer un conseiller psychologue pour la prévention de tels accidents. Il ne s'agit pas d'essayer de neutraliser une réaction en imposant une conduite inverse, mais d'en dériver le sens pour le faire entrer dans un cadre acceptable et sans danger.

V.-J. Durand.

La situation des types de Jung d'introversion et d'extraversion parmi les autres typologies, par Franz Eichinger. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. XI, n° 2, Berne, 1952).

Examen et classification de 80 sujets adultes selon les typologies de C.-G. Jung, de Kretschmer, de Jaensch, de Krüger et Sander, de G. Pfahler.

La comparaison statistique des résultats montre que les relations de la typologie de Jung sont plus complexes que celles d'autres systèmes caractérologiques. Les deux types principaux de Jung doivent être considérés comme des formes structurelles originales, englobant des domaines de la personnalité, qui échappent aux prises des autres typologies.

L. R.

Etude des rêves dans la schizophrénie et les états voisins, par Douglas Noble. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 8, février 1951, p. 612).

Considérations sur la forme et le contenu des rêves des schizophrènes, sur les modifications de leur caractère au cours de la maladie et sur l'usage que peut en faire le psychothérapeute psychanalyste. D'après ses constatations, l'auteur note que, dans les rêves des schizophrènes, les impulsions à détruire sont souvent exprimées et que des sentiments incestueux peuvent être ainsi révélés. Pendant qu'il décrit ses rêves, le schizophrène ne manifeste aucune émotion. Il n'y a pas de rêves caractéristiques de la schizophrénie. Les rêves de ces sujets ont une tendance à être simples et primitifs. Ils dépendent moins de la nature de la maladie que de la personnalité et de la maturité du malade et de ses rapports avec le thérapeute. Leur complication, leur fréquence, leur association à un état affectif indiquent un progrès au cours du traitement.

L. Marchand.

Le facteur d'omnipotence dans le développement des réactions paranoïaques (The factor of omnipotence in the development of paranoïd reactions), par Muriel Hyroop (de Fort Supply, Oklahoma). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 5, n° 1 janvier 1951, p. 38-44).

L'auteur émet l'hypothèse que la projection n'est pas le plus important dynamisme impliqué dans les réactions paranoïaques et que le phénomène est compris plus facilement quand les dynamismes d'identification et d'introjection sont pris en compte. Quand le sentiment d'omnipotence, achevé par l'identification, ne peut être maintenu, la réalité est sacrifiée. L'établissement du rôle joué, chez les paranoïaques, par l'identification et l'introjection, à côté de la projection, est susceptible d'applications pratiques en psychothérapie et en psychanalyse.

V.-J. Durand.

Réactions au chagrin à une période avancée de la vie, par K. Stern, G. M. Williams et M. Prados. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, octobre 1951, p. 289).

Etude portant sur les réactions à la tristesse présentées par 25 sujets âgés de 50 à 70 ans. Outre les manifestations mentales de la tristesse et des sentiments conscients de culpabilité, les maladies somatiques sont prépondérantes. Dans quelques cas, il est facile de préciser le rapport du temps qui s'écoule entre le début ou l'aggravation des maladies somatiques et la cause du chagrin. Le souvenir du disparu entraîne des modifications particulières

dans la conscience de la personne attristée. Celle-ci présente souvent une hostilité irrationnelle envers les personnes et principalement envers celles qui vivent dans son entourage ; elle recherche l'isolement. Elle idéalise le disparu. Ces constatations sont discutées à la lumière des théories psychanalytiques de la tristesse et de la dépression avec leurs rapports vis-à-vis du dynamisme psychologique particulier de la période avancée de la vie.

L. MARCHAND.

Analyse dans un âge avancé (Analysis in later life), par Margot CUTNER (de Birmingham). (*The British Journal of Medical Psychology*, XXIII, n° 1 & 2, 1950, p. 75-86).

L'auteur rapporte en détails l'analyse d'un cas d'obsession chez une personne âgée. La technique utilisée a été surtout celle de l'interprétation des rêves et aussi celle de quelques formes « d'imagination active » telles que : rédaction de dialogues et de récits, modelage et peinture. Le traitement a compris : un effort de réduction dans le domaine de l'inconscient personnel, un travail constructif dans la sphère de l'inconscient collectif. Les modes de relation avec les parents avec dépendance infantile furent remplacés par un rapport conscient avec les archétypes. La cure psychanalytique s'étendit sur six années.

V.-J. DURAND.

La psychothérapie profonde, 3 articles par A. MAEDER (de Zürich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 64, fascicule 1/2, 1949).

1. Contact psychique et transfert. L'auteur esquisse la signification du transfert : stade généralement nécessaire au cours d'un traitement psychothérapique. Celui-ci, bien conduit, permettra au malade de s'en affranchir. Le psychothérapeute joue le rôle de catalyseur ; lui aussi est exposé au transfert, mais il doit s'en affranchir.

2. L'auteur décrit l'évolution d'une psychothérapie de courte durée, en explique les phases et met en relief l'importance de l'art médical dans la médecine psycho-somatique.

3. L'auteur décrit le rôle que le médecin et le malade ont à jouer dans une psychothérapie profonde. Le patient doit y être préparé. L'intuition présente pour le médecin des écueils à éviter. Ses données doivent être contrôlées objectivement. Comme le chirurgien dans la salle d'opération, le psychanalyste assume une lourde responsabilité auprès du malade.

M. A. Maeder recommande l'ouvrage d'Alexander et French sur la psychothérapie de courte durée.

H. BERSOT.

Un abord psychanalytique du traitement de groupe (A psycho-analitic approach to group treatment), par Henry EZRIEL (de Londres). (*The British Journal of Medical Psychology*, XXIII, n° 1 & 2, 1950, p. 59-74).

L'emploi de la psychanalyse collective pose de nombreux problèmes, dont certains sont envisagés dans cette étude. Parmi les plus importants est celui

du transfert et des relations de tension pouvant se produire à l'intérieur du groupe. Rapportant des protocoles de séances analytiques, l'auteur montre quelques difficultés possibles, en particulier, le silence des malades. Il donne des conseils sur le choix des membres du groupe, sur la fréquence des séances (une heure à une heure un quart, deux fois par semaine), puis rapporte les premiers résultats. Il s'agit d'une méthode intéressante, susceptible d'applications, non seulement thérapeutiques, mais encore dans le domaine de la psychologie normale. Cependant, certains points restent encore à préciser.

V.-J. Durand.

Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie, par J. Lacan et M. Cénac. (*Revue française de psychanalyse*, janvier-mars 1951).

Dans cet article, assez ésotérique par certains côtés, il est traité au début du mouvement de la vérité dans les sciences de l'homme et de la réalité sociologique du crime, et de la loi et du rapport de la psychanalyse à leur fondement dialectique. En examinant le crime comme exprimant le symbolisme du surmoi comme instance psycho-pathologique, on voit que si la psychanalyse irréalise le crime, elle ne déshumanise pas le criminel. En considérant le crime dans ses rapports avec la réalité du criminel, on peut dire que si la psychanalyse en donne sa mesure, elle indique son ressort social fondamental. La psychanalyse s'arrête à l'objectivation du ça et revendique l'autonomie d'une expérience irréductiblement subjective, compte tenu de l'inexistence des « sentiments criminels ».

M. Leconte.

Psychanalyse et criminologie, par S. Lebovici, P. Male et F. Pasche. (*Revue française de psychanalyse*, janvier-mars 1951).

Rapport clinique scindé en trois parties et une conclusion thérapeutique. Enfant, adolescent et adulte sont envisagés successivement.

La notion de pré-délinquance paraît avoir des fondements cliniques chez l'enfant. Un grand nombre d'explorations par les tests n'apportent aucune aide à la compréhension réelle des conflits vécus par l'enfant. L'investigation psychanalytique vraie ne peut se faire qu'au travers du transfert. Bien que détermination non unique, le caractère auto-punitif de nombreux troubles graves du comportement est fréquemment rencontré.

Les auteurs, toujours à la lumière de la psychanalyse, envisagent alors le cas des pervers avec, d'une part les conflits mis en évidence chez ces enfants, et d'autre part leur organisation dans le moi encore en construction de l'enfant. Considérant les caractères de perversions dites essentielles, les auteurs en envisagent le degré, la précocité, la durée, en un mot l'intensité du traumatisme subi, le degré d'inadaptation du délit et la proportionnalité entre l'importance du traumatisme et la gravité du délit.

Le dernier chapitre traite du délicat problème des traitements, car la psychanalyse clinique, qui doit avoir sa place dans la compréhension, le diagnostic et le traitement de la délinquance, qui doit compléter les étiologies connues, doit aussi proposer des traitements autres que l'asile ou les bonnes paroles.

M. Leconte.

Histoire d'un escroc à la lumière des données psychanalytiques, par Karl Abraham. *Revue française de psychanalyse*, janvier-mars 1951).

Histoire d'un homme qui contredit radicalement tout ce que nous apprend la pratique psychiatrique ; très apte à gagner la sympathie d'autrui, il se livra à nombre de fraudes et de méfaits et fut jugé dans un état définitif et inguérissable. Il fut condamné, récidiva et fut transformé par la rencontre d'une femme, grâce à laquelle il obtint enfin le plein accomplissement de tous les désirs de sa jeunesse qu'avait fait naître le complexe d'Œdipe. Il était parvenu à faire faire à sa libido, jusque-là fixée sur lui narciquement, un réel progrès dans l'investissement d'un objet amoureux.

Cette étude semble devoir resserrer le lien qui paraît rapprocher psychanalyse et criminologie.

M. Leconte.

BIOLOGIE

Pourquoi l'anthropologie différentielle ?, par le prof. Pierre Joannon. (*Revue de morpho-physiologie humaine*, 3e année, n° 7, septembre 1950. p. 1-8).

Justifiant le terme qu'il a créé, l'auteur montre qu'il convient de recourir à l'anthropologie différentielle pour échapper aux risques de confusion et d'impuissance créés par le caractère encore sommaire et prématuré de la typologie. D'autre part, tandis que l'anthropologie est la science de l'homme, l'anthropologie différentielle est la science des hommes, la science des individus. Serrant de plus près le réel que la biotypologie, aux tendances parfois synthétiques, elle se montre riche d'applications en vertu de la devise : « Mieux connaître pour mieux protéger ».

V.-J. Durand.

Toxicologie et allergie, par M. Mosinger. (*Bull. de la Société de médecine du travail de Provence*, séance du 20 mars 1951).

Toutes les intoxications déterminent, d'une part, des lésions directes (pathologie « arelative »), d'autre part, des réactions indirectes grâce à une atteinte complexe du système neuro-endocrinien, ou par production d'antigènes et d'anticorps. Toute agression antérieure, spécifique ou non, peut altérer la réactivité par modification antigénique (les antigènes univalents sont d'ailleurs moins spécifiques que les plurivalents) ou par modification neuro-endocrinienne, ou mieux neuro-ergonale.

Cette conception arelative, corrélative et neuro-ergonale, s'oppose à la conception hypophyso-surrénale de Selye.

L. R.

Chocs biologiques et chocs psychologiques, par le professeur J. Delay. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 29 mai 1951).

Le professeur Jean Delay compare les modifications neuro-végétatives et humorales qui accompagnent les chocs biologiques utilisés en psychiatrie et

les chocs psychologiques de caractère émotionnel. Dans tous, on retrouve les éléments de la réaction d'alarme de Selye, réaction non spécifique d'origine diencéphalo-hypophysaire avec sécrétions de stimulines. Expérimentalement, la plupart de ces manifestations ne se produisent plus après hypophysectomie ou ablation de la partie antérieure du diencéphale. La formule neuro-humorale de la réaction d'alarme est partiellement modifiée selon l'agent du choc et la phase où sont faits les examens. Dans le mécanisme d'action thérapeutique des chocs biologiques et psychologiques, le diencéphale constitue un point d'attaque d'une particulière importance dont la stimulation entraîne d'une part des manifestations neuro-endocriniennes par voie diencéphalo-hypophysaire, d'autre part des modifications cortico-basilaires par voie diencéphalo-frontale. C'est l'alarme de l'organisme qui constitue le facteur thérapeutique essentiel, qu'elle soit obtenue par des moyens psychologiques ou biologiques, le diencéphale étant, en même temps qu'un carrefour somato-psychique, un carrefour psycho-somatique.

R. C.

La sensibilité à la nicotine et le tonus du système neuro-végétatif, par Marianne Eyband (de Bâle). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 64, fascicule 1/2, 1949).

Mise au point d'un test de recherche de la sensibilité individuelle à la nicotine ; l'action vaso-constrictrice de cet alcaloïde sur les vaisseaux peauciers est mesurée par l'abaissement de la température de la pulpe digitale. Cette action va de pair avec une libération d'adrénaline à partir d'une dose-seuil de nicotine variable d'un individu à l'autre suivant le tonus du système neuro-végétatif. La libération de l'histamine correspondant à celle d'adrénaline, peut expliquer quelques effets toxiques de la nicotine.

Exposé des résultats chez des bien-portants, des hypertendus et des labiles végétatifs. Les hypertendus, chez qui le tonus vaso-moteur est déjà excessif, ne présentent que rarement une vaso-constriction par la nicotine. Tabelles et graphiques.

H. Bersot.

Evolution des chronaxies vestibulaires de l'âge adulte à la vieillesse, par G. Bourguignon et F. Bourlière. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 27 janvier 1951).

Les auteurs rapportent les résultats de leurs recherches sur l'évolution des chronaxies vestibulaires de 79 sujets, dont 39 hommes, âgés de 20 à 84 ans.

Les chronaxies vestibulaires ont les mêmes valeurs limites chez tous ces sujets en bonne santé. Cependant, l'écart-type augmente progressivement à partir de 60 ans et il y a tendance à la disparition des valeurs inférieures à partir de cet âge. L'âge ne modifie donc pas sensiblement les chronaxies vestibulaires, pas plus que les chronaxies neuro-musculaires.

R. C.

Usage des dérivations cortico-basales dans l'électroencéphalographie clinique (Uso delle derivazioni cortico-basali nell'elettroencefalografia clinica), par C. L. Cazzullo, I. Sanguineti, et R. Sigurta (de Milan). (*Archivio de Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, XI[e] année, fasc. IV, août 1950, p. 349-383).

Après avoir décrit les premiers essais d'exploration électro-encéphalographique des régions profondes du cerveau, par l'application d'une électrode spéciale, pharyngée ou basale, les auteurs montrent les avantages et les inconvénients des divers procédés. Ils montrent ensuite l'intérêt de la méthode employée par eux et rapportent une série d'observations de sujets normaux et pathologiques, témoignant de la valeur d'un examen comparatif des tracés recueillis à la fois à la convexité et à la base du cerveau. En conclusion, l'application de l'électrode de Schwab se montre très simple et bien tolérée ; la comparaison du courant basal et des courants recueillis par les dérivations habituelles permet une exploration plus complète, spécialement intéressante pour le diagnostic de certaines formations tumorales étendues et de formes d'épilepsie à foyer sous-cortical. Nombreux tracés illustrant les observations citées. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'anesthésie au trichloréthylène dans l'encéphalographie. (L'anestesia al tricloroetilene nell'encefalografia), par S. Sassaroli et M. Mannucci (de Rome). (*Rassegna di Neuro-Psichiatria*, vol. 5, n° 1, janvier-février 1951, p. 8-13).

Les auteurs ont utilisé le trichloréthylène chez vingt sujets pendant l'encéphalographie. La méthode paraît à conseiller, à la fois pour l'effet analgésique et parce qu'elle permet la coopération du malade. Ce procédé, très simple, permettrait d'obtenir la réduction des troubles post-encéphalographiques.

V.-J. Durand.

L'examen électro-encéphalographique des boxeurs, par M. Jean Titeca. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, séance du 29 novembre 1952).

Après un rappel des causes et des symptômes et de l'évolution de la *cranio-encéphalopathie traumatique des boxeurs* d'après la description de M. La Cava, médecin de la Fédération italienne de boxe (affection dont « les premiers symptômes intéressent uniquement la sphère psychique »), et des insuffisantes mesures édictées contre ce danger par les fédérations de boxe (visite médicale annuelle en plus de l'examen prescrit avant chaque combat), M. Jean Titeca rappelle également que l'exploration systématique de l'activité bioélectrique du système nerveux central s'est montrée de bonne heure d'un grand intérêt pour le diagnostic, le pronostic et le traitement de différentes variétés de traumatismes et en apporte des exemples. Il conclut, de cette intéressante étude, que l'électro-encéphalographie peut permettre de dépister en temps opportun chez les boxeurs une atteinte discrète du fonctionnement du système nerveux central (avant la constitution de lésions irréversibles) alors que les autres modes d'exploration n'apportent aucun renseignement.

« En outre, l'étude systématique des accidents de la boxe permettrait d'apporter une importante contribution à la solution de problèmes généraux de traumatologie. »

R. C.

Étude électro-encéphalographique et sémiologique de singes soumis à un nombre élevé d'électrochocs (Studio elettroencefalografico e Semeiologico di Scimmie sottoposte ad un elevato numero di elettroshocks), par C. L. Cazzullo et R. M. Taylor. (*Rivista di Neurologia*, XX, fasc. 5, septembre-octobre 1950, p. 420-439).

Les auteurs ont soumis douze singes « macacus rhesus » à de nombreux électro-chocs (de 37 à 98). Aucun animal n'a succombé pendant l'expérimentation, mais il y eut une lente chute de poids. Les tracés électro-encéphalographiques montrent diverses anomalies, dont l'importance dépend généralement du nombre des chocs. Le caractère des altérations du tracé électrique est très semblable aux perturbations amenées par l'épilepsie spontanée. Reproduction de quelques types d'électro-encéphalogramme. Bibliographie importante.

V.-J. Durand.

Etude encéphalographique de l'acromégalie, par E. Garcia Austt (fils) et J.-C. Mussio Fournier. (*La Presse médicale*, 12 mai 1951).

Exposé des résultats de l'étude électro-encéphalographique de quelques cas d'acromégalie.

Dans trois cas d'acromégalie sur sept, les auteurs ont constaté un électro-encéphalogramme anormal. Dans deux de ces cas, l'électro-encéphalogramme est dysrythmique, avec des ondes de 2 à 16 à la seconde. Dans l'un d'eux, on ne trouve que des ondes de 14 à 16 par seconde, outre la fréquence élevée.

L'explication de l'existence de l'électro-encéphalogramme, anormal chez certains malades et normal chez d'autres, ne peut se déduire de l'analyse comparative des cas. Les auteurs envisagent plusieurs hypothèses pour les causes de ces altérations : hypertension cranienne, troubles métaboliques et répercussion du processus sur les structures basales médianes.

R. C.

Analyse statistique du trace électromyographique de la tétanie (doublet), par R. Turpin, J. Lefèbre, M.-P. Schutzenberger et J. Lebique. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 5 février 1951).

L'analyse statistique du tracé électromyographique de la tétanie met en valeur, entre autres faits, une corrélation significativement non nulle entre l'intervalle de temps qui sépare les deux éléments d'un doublet et l'amplitude du second élément par rapport au premier. Cette amplitude est d'autant plus grande que l'intervalle qui les sépare est plus long.

L'hypothèse d'une répétition à la jonction neuro-myonique ne concorde pas avec ce fait ; celle d'une répétition neuronique, liée à une supernormalité, permet de donner une bonne interprétation du phénomène.

L. R.

Le sommeil et la troisième circulation, essai de solution du problème du sommeil, par Mathias Gans (de Jérusalem). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 64, fascicule 1/2, 1949).

Un sommeil trop long ou trop profond précède le plus souvent les accès de migraines. L'auteur a obtenu de bons résultats thérapeutiques en prescrivant chez ces malades une « diète de sommeil ». Recherchant la raison d'être véritable du sommeil, en particulier la perte de conscience et la mise hors circuit des voies motrices, il émet l'hypothèse que s'établit, pendant le sommeil seulement, une circulation transcérébrale du liquide céphalo-rachidien, ayant pour but, à la fois, de nourrir les cellules nerveuses et d'éliminer les déchets. Un sommeil trop profond entraverait ce mécanisme physiologique.

H. Bersot.

L'étude de la circulation cérébrale par la diagraphie transcranienne, par E. Donzelot, A. Meyer-Heine, J. B. Milovanovich et Mme Dreyfus-Brisac. (*Bull. de la Société française de cardiologie*, séance du 17 décembre 1950).

Les auteurs montrent que la diagraphie à haute fréquence constitue une méthode simple, non sanglante, d'étude de la circulation cérébrale.

Les tracés ont, tantôt une forme voisine des piézogrammes carotidiens, tantôt un plateau diastolique ou un crochet négatif présystolique. Plateau et crochet ne se voient jamais sur les tracés recueillis normalement en d'autres territoires vasculaires, sinon lorsque ceux-ci se trouvent soumis à une contre-pression intermédiaire entre la maxima et la minima. Ils paraissent donc montrer que la circulation intracranienne se fait sous une contre-pression et peuvent servir de clef pour l'étude pratique des courbes diagraphiques transcraniennes.

Des ondes analogues aux ondes de Berger se superposent souvent aux pléthysmodiagrammes. Elles posent le singulier problème de l'association possible d'ondes d'impédance aux courants d'action cérébraux.

L. R.

Le temps de prothrombinémie dans les syndromes vasculaires du cerveau (Il tempo di protrombinemia nelle Sindromi vascolari del cervello), par Romolo Rossini et Gian Giacomo Cavalia (de Parme). (*Il Cervello*, 27e année, no 2, 15 mars 1951, p. 105-115).

L'étude du temps de prothrombinémie a été faite chez des malades, immédiatement après un ictus par thrombose, angiospasme, hémorragie, tout d'abord avant le traitement, puis après l'introduction de différents médicaments (acétylcholine, vitamines C et P) ou après autohémothérapie. Aux doses habituelles, les produits étudiés et l'autohémothérapie tendent à augmenter légèrement l'activité prothrombinique. Le comportement est sensiblement le même quelle que soit la cause de l'ictus. Tableaux numériques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Etude statistique de l'iso-immunisation sanguine dans les arriérations psychomotrices, par A. Soulairac, P. Desclaux et Mlle Morlon. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 10 février 1951).

Les auteurs ont étudié chez 100 arriérées mentales les groupes sanguins A B O du facteur Rh et des facteurs MN, sans tenir compte d'aucun facteur étiologique. Ils trouvent 11 % d'incompatibilité Rh, 17 % d'incompatibilité A B O et 16,6 % d'incompatibilité MN. Les pourcentages obtenus sont plus élevés que dans une population générale théorique et présentent une valeur statistique significative, étant donné le choix de l'échantillonnage.

R. C.

Les chlorures du liquide céphalo-rachidien à l'état normal et pathologique, par Mlle Trautmann et L. Ambard. (*Bull. de l'Academie nationale de medecine*, séance du 20 février 1951).

Les auteurs montrent qu'un système capillaire fonctionnant comme ultrafiltre laisse pénétrer dans la cavité méningée un liquide de concentration saline très voisine de celle du plasma sanguin. Une quantité égale de liquide ressort par un autre système fonctionnant aussi comme un ultrafiltre, mais retenant partiellement les sels, aussi la concentration moyenne du liquide céphalo-rachidien en chlore, exprimée en chlorure de sodium (7,3 ‰), est-elle plus élevée que celle du plasma total (6 ‰). Les mêmes remarques sont valables pour les chlorures de l'humeur aqueuse.

L. R.

Ponction lombaire et mal de tête, par J. Marshall. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 13, n° 1, février 1950, p. 71).

Chez 43 malades, 24 heures après une première ponction lombaire, la pression du liquide céphalo-rachidien fut recherchée de nouveau. Sur cinq sujets qui souffraient de mal de tête, trois avaient une pression basse cérébro-spinale, deux une pression normale. Sur les 37 malades qui n'avaient pas de céphalée, sept avaient une pression basse et trente une pression normale. Quoiqu'il y ait une tendance à ce que le mal de tête, qui apparaît après la ponction lombaire, soit associé à une pression basse du liquide céphalo-rachidien, cette association n'est pas constante et on observe des pressions basses qui ne s'accompagnent pas de céphalée. D'autres facteurs doivent intervenir : dilatation des vaisseaux intra-craniens et surtout des veines, modification de l'hydrostatique intra-cranienne, irritation méningée.

L. Marchand.

Le séro-diagnostic immunologique de la syphilis par l'immobilisation du tréponème (méthode de Nelson), par A. Vaisman et Mlle Hamelin. (*Bull. de l'Academie nationale de médecine*, séance du 27 février 1951).

Les auteurs ont étudié la méthode de Nelson, qui a pour but d'évaluer *in vitro* l'intensité de l'immobilisation de tréponèmes de chancres expérimentaux par les immobilisines spécifiques, véritables anticorps présents dans les sérums. Le test de Nelson est positif chez les lapins syphilisés

depuis 1 à 14 mois et est négatif chez la très grande majorité des lapins normaux. Vingt-six syphilitiques à divers stades (syphilis primo-secondaire, tertiaire ou para-syphilis), dont la contamination datait de quelques mois à 30 ans, ont donné des réponses positives à des taux variables, ce qu'on n'observe pas chez les sujets indemnes. Ce procédé qui, jusqu'ici, a toujours fourni aux auteurs des indications précieuses, va être étudié sur une grande échelle à l'Institut Alfred-Fournier.

L. R.

L'acide pyruvique et le métabolisme de l'alcool éthylique, par Raoul Lecoq. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 5 mars 1951).

M. Raoul Lecoq expose ses nouvelles recherches effectuées sur le lapin et en tire les conclusions suivantes. Il existe, parmi les produits intermédiaires du métabolisme de l'alcool éthylique, au moins une substance qui crée chez les alcooliques chroniques une intoxication grave, d'ordinaire accompagnée de manifestations d'acidose, et dont les effets peuvent être inhibés par injection opportune de l'association nicotinamide-adénine. L'acétaldéhyde ne peut être identifié avec cette substance. Il semble, au contraire, que l'acide pyruvique doive être retenu comme le produit responsable de cette intoxication ; c'est, en effet, un produit habituel du métabolisme glucidique et de la fermentation alcoolique, producteur d'acidose, dont l'action des doses mortelles peut être entièrement neutralisée par l'association nicotinamide-adénine convenablement utilisée. L'intoxication pyruvique semble également responsable du déclenchement de certaines manifestations délirantes.

L. R.

Un produit intermédiaire du métabolisme perturbé de l'alcool éthylique : l'acide pyruvique, par R. Lecoq. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 14 avril 1951).

Étudiant sur le lapin les effets d'injections de méthylglyoxal et de pyruvate de sodium pratiquées dans des conditions variées, l'auteur établit que l'acide pyruvique, produit intermédiaire de la fermentation alcoolique, est également un produit intermédiaire du métabolisme éthylique perturbé, soit que les processus enzymatiques se trouvent chimiquement inhibés, soit que l'organisme ne puisse arriver à cataboliser complètement les doses exagérées d'alcool qui lui sont fournies. Le pyruvate de sodium jouit de propriétés acidosiques marquées qui entraînent une chute de la réserve alcaline rapide et progressive.

L. R.

Rôle des perturbations métaboliques de l'alcool et spécialement de l'acide pyruvique dans le déclenchement des syndromes d'éthylisme, par R. Lecoq. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 1er mai 1951).

Les produits intermédiaires du catabolisme de l'alcool éthylique classiquement admis (acétaldéhyde, acide acétique) ne suffisent pas à expliquer les syndromes qui se trouvent sous la dépendance d'une surintoxication alcoo-

lique : réactions survenant par absorption d'alcool après introduction d'apomorphine ou de tétraéthylthiuramdisulfure, polynévrites alcooliques, délire aigu de l'alcoolisme chronique. L'acide pyruvique paraît être le facteur essentiel des catabolismes éthyliques perturbés et sa destruction dans l'organisme se trouve mieux assurée par l'association nicotinamide-adénine que par la thiamine.

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

A propos de l'alcoolisme, par Rouvillois et L. Derobert. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 19 juin 1951).

MM. Rouvillois et Derobert demandent à l'Académie d'émettre le *vœu* suivant :

« *L'Académie nationale de médecine qui, à différentes reprises, a dénoncé le danger croissant de l'alcoolisme en France, considère comme un devoir de s'élever de toutes ses forces contre le vote récent du Parlement, qui a autorisé le rétablissement des apéritifs à base d'alcool, et notamment des spiritueux anisés et de tous produits similaires dont la consommation est préjudiciable à la santé publique, aux finances du pays et au prestige de la France et de l'Union française.* »

Ce vœu est adopté.

R. C.

Stérilisation et psychiatrie préventive, par Clarence J. Gamble. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 12, juin 1951, p. 932).

La proportion des cas de maladies mentales héréditaires, qui peut être évitée, a été établie d'après les recherches portant sur les parents des sujets atteints de telles maladies. 4,6 % des schizophrènes d'après Schulz, 5,4 % d'après Kalmann, ont un parent schizophrène. Pour ce dernier, 13 % des maniaques-dépressifs ont un parent maniaque-dépressif. Ainsi, en supposant que l'on ait stérilisé tous les parents atteints de démence précoce ou de psychose maniaque-dépressive avant la procréation, 5 à 13 cas pour cent de ces maladies auraient été évités.

L'auteur présente la statistique du nombre des stérilisations qui ont été pratiquées pendant cinq ans dans les 27 Etats où la loi autorise cette intervention. Ce sont surtout des faibles d'esprit qui ont été stérilisés. Il en est de même en Suède et au Danemark.

Considérant le petit nombre des stérilisations, l'auteur montre combien il est difficile de préciser le rôle joué par cette intervention dans la prophylaxie des maladies mentales. On devrait pratiquer un examen plus approfondi des sujets susceptibles d'être stérilisés, ce qui serait une économie pour les familles et un bénéfice pour la communauté. Pour accroître le nombre des stérilisations, il faudrait que les psychiatres montrent aux familles tarées que cette opération ne modifie en rien l'intérêt sexuel.

L. Marchand.

THÉRAPEUTIQUE

La rééducation des poliomyélitiques, le patin à roulettes, par Denis Leroy, professeur à l'École de médecine de Rennes, et Georges Ryckelynck. (*La Presse médicale*, 31 mars 1951)

Pour la rééducation des poliomyélitiques, pour obtenir, tout à la fois, la restauration anatomo-physiologique et la restauration psychomotrice, les auteurs pratiquent, en même temps que la kinébalnéothérapie, la mécanothérapie par patin à roulettes. A l'aide de cet appareil, qui supprime l'action de la pesanteur, supprime, par le roulement à billes, en presque totalité, le frottement et l'inertie et facilite, par le jeu de la démultiplication, toute manifestation du mouvement, on redonne aux quelques unités motrices, non atteintes par la lésion neuronale, le moyen de se manifester et d'obtenir au moins une ébauche de mouvement. La répétition du geste et l'alternance contractionnelle déterminent, par les réflexes myotactiques, la régénération lente et progressive de l'action musculaire, tout en évitant la constitution d'une prédominance musculaire. On obtient la restauration psychomotrice, car son usage fournit au malade toute une série de sensations sensitivo-sensorielles diverses, dont l'enregistrement et la synthèse recréent les images motrices constitutives de la mémoire kinesthésique, altérée simultanément ou secondairement par l'atteinte poliomyélitique. Les photographies illustrent certains des mouvements que l'on fait pratiquer. Le malade travaille en position, soit couchée, soit assise, soit debout. Il s'agit d'une mécanothérapie active, complément indispensable de la kinébalnéothérapie. Les auteurs accusent des résultats remarquables, en particulier pour les membres supérieurs.

Cette méthode peut s'intégrer parmi les méthodes générales de la « réhabilitation » et s'adapte tout spécialement à la rééducation des gestes professionnels des bras, des mains et des doigts.

R. C.

Un nouvel antiépileptique, la méthylphénylsuccinimide, par Albert Grasset (de Paris). (*La Presse médicale*, 18 avril 1953).

A la phénacétylurée, aux oxalolidinédiones, à la phényléthylhexahydropyrimidinédione (mysoline), vient encore s'ajouter un nouvel antiépileptique, la N-méthyl-α-phénylsuccinimide, produit blanc, cristallisé, insoluble dans l'eau, donc actuellement employé seulement par la voie digestive, médicament d'appoint plus que médicament de base, et surtout employé en cas de « petit mal ». A dose forte (4,80 gr. par jour), on a observé de la somnolence, des modifications urinaires et des troubles hématologiques. A la posologie optima, qui est environ de 2 gr. 40 par jour, associé ou non à d'autres antiépileptiques, le médicament paraît jusqu'ici être bien toléré. Pourtant, un contrôle périodique du sang et des urines est conseillé.

R. C.

Deux cas d'hémisphérectomie pour hémiplégie infantile avec épilepsie, agitation, arriération mentale, par Cl. Gros (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 18 mai 1951).

Deux pièces opératoires d'hémisphérectomie, ne laissant en place que le thalamus et le noyau caudé. L'auteur précise les indications de ces interventions dont la technique, parfaitement réglée, permet des suites opératoires simples et dont les résultats, au moins immédiats, sont prometteurs.

L. R.

Les tentatives neuro-chirurgicales envisagées dans le traitement des douleurs irréductibles, par J. C. Clement. (*Le bulletin médical*, 15 mars 1951).

Après avoir montré la diversité des méthodes neuro-chirurgicales qui s'offrent au praticien pour le traitement des douleurs irréductibles (tentatives neuro-chirurgicales portant sur l'axe médullaire, le bulbe, la protubérance, le pédoncule ; coagulations thalamiques et thalamotomies ; essais de suppression de la douleur au niveau des hémisphères, sur le cortex pariétal, sur le cortex frontal) et en avoir précisé les indications dans les algies rebelles les plus fréquentes, l'auteur conclut que si l'on observe actuellement dans ce domaine des succès remarquables et durables, on est cependant encore sur un terrain plein d'incertitudes et d'échecs. Pourtant, la mise au point de méthodes nouvelles, comme la thalamotomie, autorise les plus grands espoirs.

Toutefois, l'indication d'un traitement neuro-chirurgical en matière de douleur irréductible reste du domaine de la spécialité ; cette thérapeutique ne doit être appliquée qu'avec prudence après une exploration psychiatrique minutieuse, si l'on veut éviter les échecs et les déboires qu'elle peut entraîner.

R. C.

Traitement neuro-chirurgical de la maladie de Parkinson par interruption de l'anse lenticulaire, par François Fénelon (de Paris). (*La Presse médicale*, 10 mars 1951).

La technique personnelle de l'auteur consiste à interrompre l'anse lenticulaire et son annexe, le faisceau pallidal de la pointe, par la voie d'abord la plus courte, c'est-à-dire la voie temporale, en évitant les obstacles de la région (vallée sylvienne, insula, queue du noyau caudé, corne sphénoïdale du ventricule, plexus choroïdes, bandelette optique), et par la voie d'abord la plus étroite, c'est-à-dire reposant sur le repérage anatomique, après mensurations préalables faites dans les trois dimensions spatiales.

Elle lui a permis d'améliorer le syndrome parkinsonien de deux malades, dont il résume les observations.

En conclusion, ce type d'intervention est intéressant : du point de vue physio-pathologique, car il semble confirmer la théorie de l'excitation sous-jacente en cas d'atteinte pallidale ; du point de vue technique, car la voie d'abord ainsi mise au point permet *a minima* une interruption exclusive

de l'anse lenticulaire ; du point de vue thérapeutique, étant donné l'amélioration des deux opérés.

R. C.

Encéphalite pseudotumorale chez une tuberculeuse : trépanation décompressive et streptomycine, par MM. R. Onfray, M. David, P. Brégeat et M. Onfray. (*Bull. de la Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 20 décembre 1952).

Cas délicat où une stase papillaire apparut ainsi qu'une baisse visuelle plus accentuée d'un côté avec rétrécissement du champ visuel, chez une malade qui avait fait antérieurement une tuberculose pulmonaire et également une otite ayant nécessité un curettage. La thérapeutique employée amena une récupération partielle de la vision.

M. Velter a rapporté en 1907, avec M. Th. de Martel, une décompressive faite pour stase papillaire bilatérale avec amélioration, puis l'année suivante, développement d'une tuberculose pulmonaire avérée et mort ; l'autopsie révéla un tubercule du cervelet cicatrisé.

L. R.

Apports de la leucotomie préfrontale transorbitaire à la psychochirurgie (Apporti della leucotomia prefrontale transorbitaria nella psicochirurgia), par A. M. Fiamberti. (*Minerva Medica*, XLIe année, vol. II, n° 36, 21 juillet 1950).

Dans ce rapport, présenté aux Journées médicales internationales de Vérone en juillet 1950, l'auteur rappelle l'essentiel de ce qui concerne la leucotomie préfrontale transorbitaire imaginée par lui. Il insiste, en particulier, après la description de la technique, sur son innocuité, sa valeur thérapeutique, la possibilité de son emploi comme procédé intermédiaire entre les traitements de choc et la lobotomie totale.

V.-J. Durand.

La lobotomie transorbitaire dans la pratique hospitalière, par Ch. Jones et J. Shanklin. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 2, août 1950, p. 111).

Après avoir montré que la leucotomie transorbitaire est une méthode caractérisée par sa simplicité et sa rapidité (Freeman a pu opérer 13 malades en une après-midi), les auteurs décrivent la technique opératoire. On ne doit soumettre à cette intervention que des sujets dont l'affection mentale est stabilisée sans espoir d'amélioration, que des sujets qui ont subi sans résultat les traitements habituels (électro-chocs, comas insuliniques). Pour apprécier l'action probable de l'intervention, on doit tenir compte davantage de la gravité et de l'évolution rapide des symptômes que de la durée de l'affection. Il est préférable d'opérer des sujets dont l'affection n'a pas plus d'un an de durée. La constatation d'une tension émotionnelle constitue un facteur favorable, de même une personnalité pré-morbide normale. Les auteurs donnent les résultats concernant 52 malades qu'ils ont suivis après l'opération durant des périodes de un à deux ans. Ils comprennent 39 schizophrènes, 7 maniaques-dépressifs, 2 déprimés agités, 2 sujets

atteints d'obsession-impulsion, 1 atteint de psychonévrose, 1 de mélancolie involutive. 38 de ces malades ont pu retourner chez eux un mois après être opérés et la plupart gagnent leur vie. Aucune complication, aucune crise convulsive n'a été observée.

L. Marchand.

Recherches radiographiques dans la leucotomie transorbitaire. (Indagini radiografiche nella leucotomia transorbitaria), par A. M. Fiamberti. (*Rassegna di Neuropsichiatria*, vol. 5, n° 1, janvier-février 1951, p. 1-7).

Rappelant les principales données concernant la méthode de leucotomie transorbitaire, imaginée par lui dès 1937, l'auteur décrit ensuite les résultats d'examens radiographiques dans cent cas d'interventions. Deux fois seulement, on constata une sinusite frontale chronique et une hyperostose frontale interne, contre-indiquant l'opération. L'examen radiologique préalable, pratiqué selon certaines incidences, précisées sur d'explicites schémas, permet de déceler les contre-indications locales.

V.-J. Durand.

Appréciations sur le mode d'action de la leucotomie cérébrale (Apreciacões sobre o modo de açâo da leucotomia cerebral), par Mario Yahn. (*Arquivos da Assistencia a Psicopatas do Estado de São Paulo*, vol. XV, janvier-décembre 1950, p. 23-38).

L'auteur rappelle d'abord les relations entre psychisme et physique montrant que, quand les fonctions nerveuses sont de plus en plus différenciées, les localisations sont de moins en moins précises. Les théories de Moniz, de Freeman et de Barahona Fernandez sur le mécanisme d'action de la leucotomie sont décrites. Toutes expliquent partiellement les résultats de l'opération, mais elles sont incomplètes. Les explications doivent tenir compte de l'efficacité thérapeutique, de la psychothérapie et de l'ergothérapie.

V.-J. Durand.

Les altérations de la personnalité après la leucotomie préfrontale par Erna Hoch (de Bâle et Gloucester). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 64, fascicule 1/2, 1949).

Description générale des altérations de la personnalité chez les leucotomisés : déficits atteignant la sphère affective et morale d'une part et les facultés intellectuelles supérieures d'autre part. On constate un affaiblissement du surmoi, une diminution des facultés de synthèse et d'abstraction ; dans le domaine de l'art en particulier, un recul de l'imagination créatrice ou plus précisément un amoindrissement de ses mobiles affectifs. L'étude de ces déficiences permet de mieux connaître le rôle des lobes frontaux. On tend à leur attribuer une fonction tout à fait générale en tant qu'organe de projection de la personnalité et d'arbitre de ses décisions ; ils opèrent la synthèse des expériences acquises, permettent à l'homme de prévoir les conséquences de ses actions ; ils sont aussi le siège de la connaissance de soi et celui du sens de la responsabilité sociale. L'auteur décrit pour terminer un test (établi par elle), qui permet de mieux déceler les déficiences

des leucotomisés, particulièrement en ce qui concerne l'imagination créatrice.

H. Bersot.

Modifications de la personnalité psychopathique chez des schizophrènes chroniques soumis à la lobotomie préfrontale radicale (Modificazioni della personalita psicopatologica in schizofrenici cronici sottoposti a lobotomie prefrontale radicale), par Guiseppe Gomirato et Giorgio Padovani (de Turin). (*Rassegna di studi Psichiatrici*, vol. XL, fasc. 2, mars-avril 1951, p. 205-236).

Chez dix schizophrènes chroniques opérés par la méthode de Poppen, on a effectué une étude systématique des modifications des fonctions mentales et des symptômes psychotiques et on a exploré en même temps la réactivité du système nerveux autonome ; les résultats obtenus sont discutés. Les auteurs proposent une interprétation générale du mécanisme de l'action de la lobotomie, inspirée des principes de Jackson. Ils pensent que l'opération provoque d'abord des phénomènes de déficit de la sensibilité émotive et, plus rarement, de quelques fonctions psychiques supérieures ; ces phénomèues seraient à rapporter, surtout à l'atteinte des connexions et des interactions préfronto-thalamo-hypothalamiques. D'autre part, il se produirait une série de phénomènes positifs, notamment dans la sphère thymique et dans la sphère sociale, d'où la tendance vers un nouvel équilibre facilité probablement par la diminution de la réactivité neuro-végétative. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Urémie et cachexie mortelle après la leucotomie, constatations neuro-anatomiques, par Turner McLardy. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 13, n° 2, mai 1950, p. 106).

Sur 122 cas de lobotomie, l'auteur n'a retenu que 22 cas dans lesquels la mort semble être due à des lésions particulières de la lobotomie. La mort est survenue entre quelques heures et six mois après l'opération. D'après l'analyse des causes de la mort, l'auteur divise les observations en deux groupes distincts. Premier groupe : les sujets sont morts d'urémie au cours de la troisième semaine après l'opération. Dans le deuxième groupe, les sujets sont morts de cachexie (marasme avec lésions cutanées trophiques) entre deux et cinq mois après l'opération. Des pustules et des bulles apparaissent aux extrémités, entre le quatrième et le sixième mois après l'intervention.

L'examen macroscopique (l'examen microscopique n'a pas été fait) des lésions frontales de ces 22 cas montre la fréquence remarquable de la mort par urémie quand les lésions bilatérales intéressent le cortex orbitaire postérieur (non granulaire), et la fréquence de la mort par troubles trophiques quand les lésions bilatérales occupent la région des faisceaux sous-calleux au niveau de la tête du noyau caudé.

En tenant compte des observations portant sur les 122 cas, l'auteur en déduit que les connexions entre le noyau caudé et les aires non granulaires 8 et 6 de la carte de Brodmann, comprenant leur extension près du corps

calleux et à travers les parties antérieures du faisceau sous-calleux, peuvent être la zone dont la section cause les troubles trophiques mortels.

Le résultat pratique de ce travail est que l'opération aveugle de la lobotomie préfrontale et de la lobotomie transorbitaire sont des méthodes qui peuvent être cause d'une mort retardée post-opératoire.

L. Marchand.

Problèmes concernant la resocialisation des sujets lobotomisés, par C. Knight Aldrich. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 6, décembre 1950, p. 458).

Ce travail a pour but de décrire les différents problèmes qui intéressent les familles dont l'un des leurs a été lobotomisé pour maladie mentale et est revenu chez lui. Il est basé sur les observations faites dans dix familles. La resocialisation du sujet est un problème si important que l'on doit tout d'abord faire la sélection des malades capables de reprendre une vie familiale. On doit tenir compte de l'attitude et des ressources des familles. Le choix des sujets doit être fait par le chirurgien, qui donnera des explications sur les suites de l'opération. Les malades mentaux qui ont subi l'opération de la lobotomie nécessitent une rééducation intensive et une surveillance étroite, surtout s'ils reprennent la vie familiale avec des enfants.

L. Marchand.

La cure de sommeil ; étude technique, par Hans Baer (de Zürich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 64, fascicule 1/2, 1949).

La cure de sommeil se justifie-t-elle encore aujourd'hui ? L'auteur l'affirme pour les états graves d'excitation qui se sont montrés réfractaires aux méthodes de traitement. Il ne faut pas escompter de meilleurs résultats thérapeutiques par l'emploi de nouveaux hypnotiques (combinaisons diverses de barbituriques, scopolamine, dionine et dihydro-ergotamine), mais bien par contre une diminution des risques.

M. H. Baer décrit en détail les expériences faites avec ces médicaments au cours de 130 cures de sommeil et d'un nombre important de cures d'assoupissement ; il expose minutieusement leur mode d'emploi et la technique à appliquer : en effet, les risques que comporte la cure de sommeil dépendent tout autant de la façon dont elle est menée que du choix des hypnotiques. Il énumère les plus importantes contre-indications absolues et relatives, décrit comment le malade doit être préparé à la cure et comment celle-ci doit être entreprise et conduite. Il étudie les principales complications qui peuvent survenir ainsi que leur traitement et les dispositions à prendre pour les éviter. Les fonctions circulatoire et respiratoire, le sang et la température présentent presque toujours des modifications. Dans quelle mesure celles-ci sont-elles compatibles avec un cours normal de la cure ? Quand risque-t-on des complications ? et faut-il interrompre ou abandonner la cure ? Après avoir exposé quatre cas à issue mortelle, l'auteur donne un tableau des résultats obtenus.

H. Bersot.

Utilisation de l'insuline à petites doses comme moyen de faciliter l'action de la psychothérapie dans quelques troubles psychonévrotiques. (Utilizacion de la insulina en pequenas dosis como modo de facilitar la accion de la psicoterapia en algunos trastornos psiconeuroticos), par José A. Bustamante (de Cuba). (*Revista de Psiquiatria y criminologia*, Buenos Aires, 15e année, n° 77, octobre-décembre 1950, p. 273-284).

De son expérience personnelle, l'auteur conclut que l'insuline, à la dose de 40 unités, intra-musculaire, journellement, permet de soulager l'anxiété dans quelques états névrotiques, surtout dans l'hystérie anxieuse et la névrose anxieuse. Il faut de deux à quatre semaines de traitement. Celui-ci facilite la psychothérapie; celle-ci est toujours indispensable, l'insuline seule étant insuffisante. Dans tous les cas qui présentent de la dépression, les résultats sont négatifs.

V.-J. Durand.

Observations sur le traitement par sous-chocs insuliniques de malades atteints de troubles psychosomatiques et réunis en groupe, par H. Sadler et S. Rubin. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 5, novembre 1950, p. 350).

Une salle de douze lits est réservée à des malades si troublés par leur anxiété qu'ils ne peuvent se soigner eux-mêmes. Un personnel spécialisé est chargé du traitement, qui consiste en l'injection quotidienne d'insuline, d'abord à la dose de 20 unités, avec augmentation de 10 unités par jour jusqu'à la production de transpiration. La quantité maximum varie de 40 à 70 unités.

Sous l'influence du traitement et du milieu thérapeutique, l'anxiété et la tension psycho-motrice disparaissent généralement dès le dixième jour. Le sujet éprouve une modification dans la perception de l'image de son corps et un sentiment de bien-être après trois semaines. Il devient moins personnel et communique aux autres ses impressions sans crainte de censure entre la troisième et la quatrième semaine de traitement. La stabilisation de la personnalité est obtenue à la quatrième semaine. Ce traitement rend le sujet plus accessible à la psychothérapie.

L. Marchand.

Quelques considérations sur l'action facilitante de l'hyaluronidase dans le coma insulinique. (Alcune considerazioni su l'azione facilitante della ialuronidasi nel coma insulinico), par Giorgio Sacerdoti (de Venise). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 40, fasc. 2, mars-avril 1951, p. 299-308).

L'auteur a étudié l'action de l'hyaluronidase associée à l'insuline dans les traitements de choc. On observe deux sortes de phénomènes : une chute plus rapide et plus marquée de la courbe glycémique et une profondeur plus grande du coma, pour des doses égales d'insuline. La première action peut s'expliquer par le pouvoir diffuseur de l'hyaluronidase, la seconde par les divers facteurs physiopathologiques déterminant le coma. Les protocoles d'examen sont reproduits.

V.-J. Durand.

Hémiplégie transitoire consécutive à une insulinothérapie intempestive pour cure d'engraissement, par J. Albert-Weil. (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 28 avril 1951).

Observation d'une malade de 46 ans, non diabétique, ayant présenté une hémiplégie droite à la suite d'*une seule* injection, l'avant-veille, de 3/4 cm^3 d'insuline protamine-zinc (30 à 32 unités) concomitamment à l'ingestion d'aliments hydrocarbonés pour cure d'engraissement. Guérison rapide et définitive par ingestion de dix morceaux de sucre. On avait décrit des comas, des narcolepsies, des phases d'obnubilation par hypoglycémie, ainsi que des crises convulsives épileptiformes. Plus rarement avaient été signalées des hémiparésies, mais accompagnées de crises motrices. Il n'avait, pour ainsi dire, jamais été rendu compte d'hémiplégie hypoglycémique sans crise convulsive et sans obnubilation psychique.

L'auteur insiste sur l'action de l'insuline protamine-zinc qui, dans certains cas, peut être irrégulière et tardive. *L'insuline protamine-zinc est à proscrire chez les sujets non diabétiques au cours des cures d'engraissement.*

L'hypoglycémie insulinique exerce une action sur le bulbe. L'hypophyse semble exercer dans une certaine mesure une action antagoniste au pouvoir hypoglycémiant et convulsivant de l'insuline.

La symptomatologie des accidents nerveux hypoglycémiques étant diverse, les auteurs ne croient pas que l'on puisse imputer ces accidents dans tous les cas à une action prédominante de l'insuline sur les lobes temporaux, comme le voudraient MM. P. Cossa et P. Martin.

L. R.

Hémorragie massive gastrique mortelle, complication immédiate de la thérapeutique de choc par le métrazol, par Sol Levy. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 6, décembre 1950, p. 468).

Un homme, âgé de 28 ans, atteint de schizophrénie, avait été traité antérieurement par électro-chocs, comas insuliniques et lobotomie transorbitaire. Au cours d'un traitement par le métrazol, 45 minutes après la 16e injection suivie d'une crise convulsive, il présente les symptômes d'une hémorragie gastrique et il meurt six heures plus tard. A l'autopsie, on note un petit ulcère, situé à la paroi postérieure de l'estomac. L'auteur attribue l'hémorragie à la forte pression sanguine causée par le métrazol.

L. Marchand.

La stimulation électrique thérapeutique non convulsive. Sa place dans le traitement des troubles affectifs. Note sur les rapports réciproques entre l'anxiété et la dépression, par L. Alexander. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 4, octobre 1950, p. 241).

L'auteur a remarqué que la stimulation électrique non convulsive peut arrêter l'apnée ou le laryngo-spasme prolongés qui parfois suivent l'électro-choc convulsif. Par ce « contre-choc », on peut éviter trois complications de l'électro-choc convulsif : la perte de mémoire, la réduction de l'activité spontanée, l'anxiété post-convulsive. L'auteur décrit la méthode qu'il conseille. Il conclut que la stimulation électrique convulsive à travers les zones frontales suspend temporairement la respiration, tandis que la sti-

mulation non convulsive à travers les zones frontales ou temporo-pariétales la stimule. La stimulation électrique convulsive agit sur la dépression mais peut altérer la mémoire et augmenter l'anxiété ; la méthode non convulsive à travers les zones temporo-pariétales suspend l'anxiété et rétablit la mémoire mais peut augmenter la dépression. En utilisant les deux procédés, il est possible d'éviter les états anormaux émotifs persistants et qui sont d'ordinaire réfractaires à l'électrochocthérapie seule ou à la psychothérapie.

L. Marchand.

Perspectives psychologiques et thérapeutiques offertes par la stimulation lumineuse intermittente. La subnarcose stimulée, par Jacques Faure (46 pages, in *L'encéphale*, 1952, n° 3).

De ces expériences portant sur 201 sujets (névrosés, psychopathes), dont il indique la méthode et les résultats et donne comme exemple sept cas (l'un d'eux concernant un sujet normal), l'auteur conclut que la stimulation lumineuse intermittente, associée à la subnarcose, peut aider à créer des comportements nouveaux, à faciliter des dissolutions et, par le choix de certaines fréquences, à obtenir des reconstructions. 10 figures. Bibliographie.

R. C.

Psychoréaction d'alarme. Aspects psycho-biologiques de la phase de préélectrochoc. (Psicoreazione d'allarme. Aspetti psicobiologici della fase di pre-elettroshock), par Adriano Battisti (d'Ancône). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 5, n° 1, janvier-février 1951, p. 45-68).

L'auteur envisage quelques aspects psychologiques inhérents à la phase de préélectro-choc, puis examine une série de recherches biologiques effectuées chez des malades attendant le choc électrique. Il croit pouvoir en déduire l'existence d'une réaction d'alarme, de réaction à cette situation émotionnelle particulière, entrant dans le type du syndrome général d'adaptation de Sélye. Il envisage ensuite la genèse des facteurs psychologiques caractérisant cette situation permettant d'individualiser le niveau de conscience indécis dans lequel apparaissent les éléments du complexe peur-défense et de l'état d'alarme. Il propose d'appeler « psychoréaction d'alarme » l'ensemble des aspects psycho-biologiques de la phase de préélectro-choc. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Anciennes et nouvelles recherches sur l'électrochoc, par Ugo Cerletti. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 2, août 1950, p. 87).

L'auteur expose l'origine de l'idée de l'électro-choc, les différentes périodes de recherches qu'il divise en périodes préparatoires, période de l'actuelle « invention », période des applications au point de vue scientifique et au point de vue clinique. Il termine son mémoire par un exposé des progrès récents accomplis en Italie. Il montre que le terme de « choc » n'a pas la

même signification en neuro-psychiatrie qu'en pathologie générale. Les différentes méthodes thérapeutiques psychiatriques, telles que sommeil prolongé, narco-analyse, coma insulinique, coma épileptique, électro-narcose, etc..., ont comme facteur commun la production d'un état d'inconscience. Quant à la crainte que le malade éprouve pour ces traitements, l'auteur l'attribue à ce qu'il appelle la « terreur-défense ». Le sujet, pendant la période d'inconscience de l'accès épileptique éprouve, quoique inconscient, un sentiment de terreur qui entraîne dans l'organisme des modifications biochimiques et psychologiques. C'est le vague souvenir de cette « terreur-défense » qui émerge de la conscience au moment où le sujet va subir un traitement de choc.

L. Marchand.

Etudes sur la mémoire au cours de la convulsivothérapie électrique, par Moyra Williams. (*Journal of neurologie, neurosurgery and psychiatry*, vol. 13, n° 1, février 1950, p. 30).

L'étude des modifications de la mémoire après les électro-chocs doit être combinée avec des recherches portant sur d'autres fonctions mentales, en particulier sur la perception, qui est si fréquemment troublée. L'auteur s'est servi de quatre séries de neuf images. Dans chaque série, la première image consistait en une tache d'encre arrondie et la dernière en la silhouette d'un animal (chat, éléphant, lapin, oie). Entre la première et la dernière image, les autres images prenaient progressivement la forme de la dernière image. Le sujet était invité à regarder la première, puis la deuxième image, et ainsi de suite jusqu'à l'image dans laquelle il commençait à reconnaître l'animal. Le numéro de celle-ci était alors noté. Certaines séries seulement ont ainsi été montrées aux sujets avant le traitement et au début de la phase confusionnelle pendant la période amnésique. La conclusion est que, à la fin de la phase confusionnelle, les images, qui avaient déjà été montrées et dont le malade n'avait gardé aucun souvenir, étaient plus rapidement reconnues comme représentant un animal que les images des séries qui étaient montrées au sujet pour la première fois.

L. Marchand.

L'électrochoc-thérapie ambulatoire dans les formes dépressives de l'humeur (L'elettroschock-terapia ambulatoriale nelle forme depressive dell'umore) par Giorgio Leggeri (de Rome). (*Rassegna di Neuro-psichiatria* vol, 4, n° 6, novembre-décembre 1950, p. 571-606).

L'auteur rappelle les résultats obtenus chez des malades déprimés par les applications ambulatoires d'électro-choc. Il faut distinguer, parmi les sujets traités, trois groupes : états dépressifs endogènes, psychonévroses avec réaction dépressive, états pseudo-dépressifs. Sur 61 cas traités, 80 % de guérison et 20 % d'amélioration dans le premier groupe ; 39,4 % de guérison, 30,4 % d'amélioration, 8 % d'échec, 6 % d'aggravation dans le second groupe. Ces différences indiquent la nécessité d'un bon diagnostic avant la prescription du traitement. Tableaux statistiques.

V.-J. Durand.

De l'électrochocthérapie intensive chez des malades agités, atteints de psychose chronique, par M. Shoor et F. H. Adams. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 4, octobre 1950, p. 279).

Le but des auteurs n'était pas de guérir les malades, mais de supprimer les moyens de contention et les sédatifs. Ils ont traité 123 femmes agitées, âgées de 19 à 84 ans, atteintes de psychoses chroniques. Le traitement a consisté à faire subir aux malades tous les jours un électro-choc convulsif, quelquefois deux ou trois par jour chez les très agitées. Une malade reçut six électro-chocs dans la même journée. Le traitement fut continué jusqu'au moment où les malades devinrent plus dociles. A signaler comme complications deux cas de fractures du col du fémur. Deux semaines après le début du traitement, disparition de l'agitation ; les infirmières ont eu leur travail facilité ; les malades furent propres et moins barbouilleurs. En résumé, dans 90 % des cas, les moyens de contention, dans 66 % des cas le maintien dans les salles d'isolement, dans 90 % des cas l'administration de sédatifs furent supprimés.

L. Marchand.

Les facteurs prédisposant à des accidents chirurgicaux dans les traitements convulsivants en psychiatrie, avec prise en considération particulière de l'âge, par Georg Martz (de Münsingen). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 64, fascicule 1/2, 1949).

Dans les traitements par chocs médicamenteux ou électro-chocs, les mesures prophylactiques se sont montrées jusqu'à présent insuffisantes ; la méthode du curare, la seule efficace, a son propre pourcentage de mortalité. Le danger de fractures compliquées entraînant une invalidité permanente, incite à la prudence. Le genre de chocs est à considérer : les électro-chocs sont un peu moins souvent suivis d'accidents que les chocs médicamenteux. Le sexe ne joue aucun rôle. Par contre, la statistique basée sur 1.818 cas traités par électro-chocs prouve que l'âge joue un grand rôle : *a*) au-dessous de 40 ans, rares fractures, distorsions et luxations surtout du maxillaire inférieur ; *b*) entre 40 et 60 ans, on note des fractures de la colonne vertébrale et des extrémités ; *c*) au-dessus de 60 ans, la fréquence de ces fractures est beaucoup plus forte.

H. Bersot.

A propos de l'utilisation de la succinylcholine au cours de l'électrochocthérapie. Essai expérimental et clinique, par Yves Piette (d'Ostende). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, février 1953).

De l'étude, au cours de l'électro-choc chez l'animal et chez l'homme, des propriétés curarisantes du diiodure de succinylcholine, l'auteur conclut que son emploi permet d'abolir complètement chez le lapin les contractions musculaires provoquées par l'électro-choc, tout en laissant subsister, malgré l'absence de convulsions, les variations tensionnelles (durée prolongée de la phase hypertensive sans bradycardie). Ces variations tensionnelles sont réduites au minimum par l'association médicamenteuse *succinylcholine-pentothal-atropine*.

Chez l'homme, cette même association médicamenteuse permet d'adoucir

considérablement les convulsions provoquées par l'électro-choc (spasme initial supprimé, phase tonique absente ou d'intensité « négligeable »). Après l'électro-choc ainsi pratiqué, la respiration spontanée reprend aisément à l'aide de quelques insufflations d'oxygène. Pas de dépression respiratoire consécutive, pas de cyanose, pas de salivation.

R. C.

Etude chronaximétrique comparative des effets de la cortisone et de la désoxycorticostérone et leur retentissement sur le système nerveux, par Raoul Lecoq, Paul Chauchard et Mme Henriette Mazoué. (*Bull. de l'Académie des Sciences*, séance du 7 mai 1951).

Il existe entre la cortisone et la désoxycorticostérone un antagonisme, qui n'est toutefois pas absolu, puisqu'elles conservent des actions communes telles que la neutralisation des produits métaboliques de l'alcool et des effets nerveux de l'anaphylaxie.

Mais, tandis que la désoxycorticostérone montre une action anti-alcaline, qui se trouve confirmée par la neutralisation des effets de l'antéhypophyse et du complexe vitaminique H, la cortisone possède vis-à-vis des tissus une action anti-acide, inhibant les effets de la post-hypophyse et de la vitamine C. Ces oppositions expliquent la complexité des extraits corticaux-surrénaux, qui se montrent anti-acides à faibles doses et anti-alcalins à doses fortes.

Le rôle de l'hormone adrénocorticotrope n'est pas entièrement superposable à celui de la cortisone. L'association des deux substances paraît justifiée dans le traitement des intoxications alcooliques.

L. R.

Neuropsychologie. Education et climatologie, par Gilbert-Robin. (*Bull. de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris*, séance du 19 février 1951).

L'étude des enfants, non seulement sous l'angle de la santé physique, mais encore sous l'angle de leur tempérament, permettrait une discrimination précise pour les indications des stations climatiques stimulantes ou sédatives. La classification mentale et caractérielle des enfants rend souhaitable la création ou l'adaptation de bourses et de collèges équipés pour la rééducation des enfants retardés et des enfants difficiles.

L. R.

Traitement de l'agitation caractérielle par le 3356 RP (diéthylamino 2-propyl-I N-dibenzoparathiazine), par F. Mollet et P. Lesaffre. (*Bull. de la Société de médecine du Nord*, séance du 25 mai 1951).

Les auteurs, ayant remarqué l'action sédative du 3356 R.P. sur les troubles du caractère des parkinsoniens, ont essayé ce produit dans l'agitation caractérielle chez 10 malades psychopathes non parkinsoniens : épileptiques, déséquilibrés, perverses, arriérées ou démentes. Dans tous les cas, les troubles étaient très importants avec agressivité, excitation colérique, impulsivité et réactions violentes.

Ils ont enregistré un échec et neuf améliorations, dont cinq particulièrement nettes : le traitement a fait disparaître les accès d'agitation coléreuse et l'impulsivité et rendu aux malades une sociabilité normale.

La suppression momentanée du médicament amène dans les jours qui suivent une reprise rapide des manifestations caractérielles.

Le traitement est poursuivi depuis deux à sept mois. Il n'y a pas de somnolence aux doses prescrites (0,20, 0,25 ou 0,30 cgr.) ; il ne s'agit pas d'une action hypnotique, les malades ont une activité normale.

Les auteurs pensent que le 3356 R.P. peut rendre des services intéressants en améliorant la sociabilité de malades difficiles, surtout chez les épileptiques en association avec des anticonvulsivants.

L. R.

La terramycine, nouvelle médication anti-syphilitique, par C. Levaditi et A. Vaismann (de Paris). (*La Presse médicale*, 16 juin 1951).

La conclusion de cet exposé sur la terramycine est qu'elle apparaît comme un médicament anti-syphilitique de tout premier ordre. Ses effets curatifs se manifestent chez le lapin par une immobilisation rapide des *Treponema pallidum* au niveau des syphilomes scrotaux et leur disparition précoce, par une cicatrisation prompte de ces syphilomes et, enfin, par la stérilisation du sang et des ganglions poplités quarante-deux et quarante-cinq jours après le début du traitement. Chez la souris, mêmes effets curatifs, vérifiables par la stérilisation microscopique de la tréponémose dispersive dès le onzième ou le douzième jour.

De ce point de vue, la terramycine se rapproche donc de la pénicilline. Toutefois, on ne saurait évaluer, comme il se doit, l'activité anti-tréponémique de ces deux antibiotiques qu'en réalisant des essais comparatifs avec des dosages précis. Les prochaines recherches des auteurs porteront sur ce sujet, en même temps que sur le problème : association terramycine-bismuth.

L. R.

Le traitement de la maladie de Parkinson par le Trihexyphénidyl, par A. Ravina et R. Targowla. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 15 juin 1951).

Les auteurs font connaître les résultats obtenus par cette médication. Sur six malades traités, cinq ont été très améliorés, l'action euphorisante de la drogue est en particulier remarquable. Les doses employées ont varié de 12 à 24 mgr. Les résultats ont été d'autant plus nets qu'il s'agissait de sujets présentant des troubles très importants résistant à peu près complètement aux autres thérapeutiques. Les auteurs insistent sur l'intérêt qu'il y aurait à pouvoir utiliser plus largement cette médication.

L. R.

Syndrome de Parkinson. Evolution et traitement. La tuberculose, par M. Renaud. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 22 juin 1951).

L'auteur souligne l'importance des résultats thérapeutiques, obtenus par les nouvelles médications chez les parkinsoniens. Mais il précise que les

directives du traitement du syndrome post-encéphalitique doivent être en étroite harmonie avec les données sur la nature du syndrome et l'évolution de ses manifestations. Or, ajoute-t-il, les conclusions qu'il avait formulées en 1932 ont été pleinement confirmées par les observations qu'il a faites depuis. On peut aujourd'hui tenir pour assuré que les désordres du syndrome de parkinsonisme témoignent de lésions irréparables, séquelles d'un processus encéphalitique dont l'évolution courte et passagère n'est point passée à la chronicité. Les manifestations s'installent lentement, mais ne s'amplifient et ne s'étendent guère que pendant trois ou quatre ans. Le syndrome est alors absolument fixé et l'on se trouve en présence, non d'une maladie, mais d'une infirmité en tous points comparable à une hémiplégie en contracture.

La thérapeutique ne peut avoir pour objectif que l'atténuation des troubles fonctionnels et en tenant compte, bien entendu, de leur multiplicité et de la diversité de leur nature. Le traitement spécifique de chacun d'eux exigerait des médications appropriées, de propriétés pharmacodynamiques particulières, et c'est dans cette recherche que devront se situer les futurs progrès.

Parmi toutes les précautions qui doivent être prises pour éviter les défaillances et les infections secondaires, une mention spéciale doit être faite de la tuberculose. Les observations de 1926 avaient pu laisser croire que les parkinsoniens mouraient presque tous de tuberculose à marche rapide (14 observations anatomiques de phtisiques sur 16 décès). L'expérience ultérieure a montré que de nombreux parkinsoniens sont et restent indemnes de tuberculose, M. Maurice Renaud croit aujourd'hui que les désordres du parkinsonisme n'appellent pas la tuberculose mais, d'une tuberculose jusque-là torpide ou insoupçonnée, font une forme rapidement évolutive, probablement en raison de modifications du métabolisme et de l'état humoral.

Le parkinsonisme ne crée pas un danger de tuberculose, mais il est un danger pour le tuberculeux et, dès l'apparition du syndrome, l'état des poumons nécessite une particulière surveillance.

R. C.

La vertébrothérapie par tractions dans les syndromes douloureux d'origine rachidienne, par P. Boulet et H. Serre. (*Bull. de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 4 mai 1951).

La vertébrothérapie par tractions sur la table de Levernieux a été appliquée chez 285 malades. En ne tenant compte que des guérisons ou des grandes améliorations (reprise des occupations, persistance de douleurs légères et intermittentes), il a été enregistré : 59 % de succès dans les syndromes d'origine cervicale (cervicalgies, cervico-brachialgies, névralgies sous-occipitales, péri-arthrites scapulo-humérales) ; 53 % dans les syndromes lombaires (lombalgies et sciatiques) ; 20 % dans les dorsalgies. Il s'agissait, dans la plupart des cas, de syndromes douloureux déjà anciens, soit d'origine discale, soit de nature arthrosique, soit par troubles statiques. La contention par lombostat doit compléter les tractions dans les syndromes lombaires anciens.

Aucun accident n'a été observé. La méthode ne doit être appliquée qu'après un examen médical complet, comportant obligatoirement une réaction de sédimentation globulaire et une exploration radiographique vertébrale.

L. R.

Valeur pronostique de l'électro-encéphalographie au cours du traitement par la streptomycine chez l'adulte des méningites tuberculeuses et des miliaires, par Ch. Mattei, H. Gastaut, Payan, Balozet et Choux. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 19 juin 1951).

Dans les méningites tuberculeuses en apparence guéries cliniquement, la disparition, même prolongée, des signes liquidiens, est un critère insuffisant de guérison. Il faut attribuer plus de valeur à la disparition persistante des anomalies électro-encéphalographiques habituelles : celles-ci ont été caractérisées, chez les 20 malades observés, par une hypersynchronie lente, le plus souvent symétrique, parfois asymétrique ou focalisée, en rapport avec l'altération des structures du méso-diencéphale qui règlent à distance l'électrogénèse corticale. Ces altérations sont expliquées par la pachyméningite basilaire et l'épendymite ventriculaire. Au cours des miliaires aiguës sans signes méningés, les perturbations électro-encéphalographiques décèlent une éventuelle atteinte méningée bien avant les manifestations cliniques ou liquidiennes. L'électro-encéphalographie doit être un moyen régulier d'exploration.

L. R.

Méningite tuberculeuse et tumeur blanche du poignet. Guérison des deux foyers bacillaires par la streptomycinothérapie, par J. Tapie, J. Monnier, Arlet et R. Carrière (de Toulouse). (*La Presse médicale*, 23 mai 1951).

L'association d'une tuberculose ostéo-articulaire et d'une méningite tuberculeuse s'observe parfois chez l'adolescent et chez l'adulte. Dans quelques cas de ce genre, la streptomycinothérapie a paru aux auteurs présenter la même efficacité sur les deux localisations de l'infection tuberculeuse. Chez la malade dont ils rapportent l'observation, un recul de dix-huit mois leur permet d'affirmer la qualité et le caractère durable de cette guérison.

L. R.

Essai de traitement des encéphalites du nourrisson par perfusion de sérum avec syncaïne, héparine et solution glucosée hypertonique, par J. Chaptal, D. Brunel, R. Jean, J. Mirouze et R. Labauge. (*Réunion lyonnaise de pédiatrie*, séance du 21 janvier 1951).

En raison de l'inefficacité trop fréquente des antibiotiques dans le traitement des encéphalites du nourrisson, les auteurs proposent une méthode thérapeutique dont les indications découlent de l'importance des altérations vasculaires aussi bien dans les phases initiales que dans le déterminisme des séquelles de ces affections. Ils associent à l'héparine : la syncaïne et le sérum hypertonique. Des résultats très encourageants ont été enregistrés par eux au cours d'encéphalites d'étiologie diverse (typhoïdique, coquelucheuse, vaccinale ou paraissant dues à des virus de nature inconnue).

R. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de MAI qu'une seule séance qui aura lieu le *lundi 18 mai 1953*, à 10 heures *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN, séance surtout consacrée à des communications de biologie se rapportant à la psychiatrie, aura lieu le *lundi 8 juin 1953*, à 10 heures *très précises*, à l'amphithéâtre du Centre d'études physiologiques, 5 *ter*, rue d'Alésia, à Paris (XIV[e] arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 juin 1953*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*. Cette séance aura lieu le *lundi 6 juillet 1953*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le D[r] NOYER, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Limoux (Aude).

Ordre de la santé publique

Sont promus ou nommés dans l'Ordre de la santé publique aux grades de:

Commandeur : M. le professeur J. LHERMITTE, membre de l'Académie de médecine ;

Officier : M. le D[r] P. DESCLAUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ;

M. le D[r] P. LASSALLE, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique d'Auch (Gers) ;

M. le D[r] J. LE MAUX, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise) ;

M. le D[r] B. POMMÉ, chef du service de neuro-psychiatrie à l'hôpital de Clermont-Ferrand ;

Chevalier : M. le Dr A. Donnadieu, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Château-Picon (Gironde) ;

M. le Dr J.-L. Ducoudray, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique du Bon-Sauveur, Albi ;

M. le Dr P. Giscard, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont-Ferrand ;

M. le Dr Ch. Pfersdorff, médecin-conseil des P.T.T., professeur honoraire à la Faculté de médecine de Strasbourg ;

M. le Dr J. Rouart, membre de la Commission des maladies mentales du Conseil permanent d'hygiène sociale, Paris ;

Mlle le Dr S. Rousset, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique départemental de Rennes ;

M. le Dr L. Vidart, médecin-chef du Centre médico-social des épileptiques de Gennevilliers, Paris.

Nominations

Directeurs administratifs :

M. Terras est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var) ;

M. Soula est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure).

SOCIÉTÉS

Société suisse de psychiatrie

De nouveau modifiée, la date de l'*assemblée de printemps* de la *Société suisse de psychiatrie*, qui se tiendra à *Bellelay/Bienne*, est « définitivement » fixée aux *20* et *21 juin 1953*, sous la *présidence* du professeur W. Boven (de Lausanne).

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Un cartel suisse pour la protection de la santé mentale

Réunies le 21 mars 1953, les diverses associations suisses intéressées à la protection de la santé mentale ont décidé, à l'unanimité des 80 délégués présents, la création, sous cette appellation, d'une communauté de travail, et en ont adopté les statuts.

Un *comité* a été élu, dont le *président* est le Dr O. Pfister (de Zurich) et dont les *secrétaires* sont MM. Siegfried (de Zurich) et H. Bersot (du Landeron).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1953 (2e trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 84.561. — 1953
C.O.A.L. 31.2330.

PRIX 7.1 —

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

111e Année - T. 1 - N° 1
Janvier 1953

MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PERIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. X. et P. ABÉLY, H. BARUK, H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART, P. COMBEMALE, P. COSSA, P. COURBON, J. DELAY, P. DELMAS-MARSALET, G. DEMAY, J. DUBLINEAU, J. EUZIÈRE, H. EY, A. FRIBOURG-BLANC, G. GUIRAUD, J. HAMEL, G. HEUYER, D. LAGACHE, M. LAIGNEL-LAVASTINE, J. LAUZIER, J. LÉPINE, J. LHERMITTE, L. MARCHAND, L. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC, F. PACTET, N. PERON, H. PIÉRON, A. POROT, G. RAVIART, M. RISER, Th. SIMON, G. VERNET, H. WALLON.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1953)

(L'abonnement part du 1er janvier)

France et Union Française	**3.900 frs**
Belgique et Luxembourg	**650 frs belges**
Autres pays	**$ U.S.A. 13**

(Ces prix sont également payables
au cours des règlements commerciaux, le jour du paiement).

Changement d'adresse : 50 fr.

COLLECTIONS DISPONIBLES. CONDITIONS SUR DEMANDE

Années 1843 à 1952

Les années *1844*, *1846* et *1847* sont épuisées.

Les années *1843*, *1848*, *1854*, *1860* et *1874* sont *rares* et ne peuvent être acquises qu'avec la collection.

L'année mixte 1914-1915 forme 2 volumes. L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte.

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930.) 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950). 1 vol.

Chacun de ces 4 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol.
Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol.
Centenaire de la Société médico-psychologique, 1952, 1 vol.

Les *Annales médico-psychologiques* forment chaque année 2 volumes in-8°

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

Adresser tout ce qui concerne la Rédaction au Dr René CHARPENTIER,
27, Avenue de la Costa, Monte-Carlo.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Table générale et alphabétique

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950), 1 vol. (en préparation)

Ces 4 volumes, contenant chacun une « table alphabétique par noms d'auteurs » et une « table analytique des matières » constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux neuro-psychiatriques publiés depuis 1843.

COLLECTIONS DU
Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale
depuis sa fondation en 1908

17 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte et planches hors texte (Tomes I à XV et XVIII). Années 1908 à 1928 et 1930. Le tome XVII (1929) est épuisé

Médecine mentale de guerre. N° spécial, décembre 1917
Conditions sur demande

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

Dr TARRIUS
Dr F. BRISSON Dr P. CITROME

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE
Téléphone : Plaine 00-68

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Electrochocs
Cures de sommeil - Insulinothérapie - Narco-Analyses, Electro-Narcoses

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES
très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares
CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

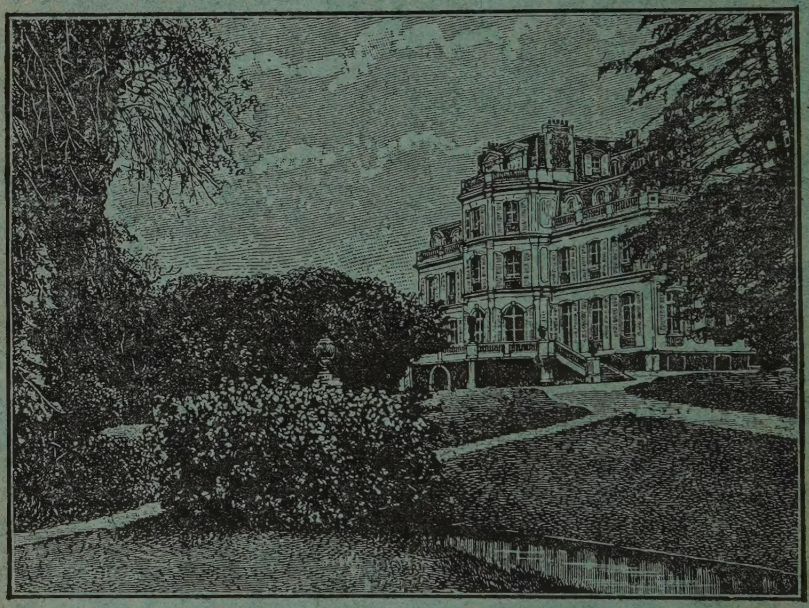
Moyens de communication : Autobus n° 154, Métro Pleyel. — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris. Autobus 138 Porte de Clichy — Eglise d'Epinay.

CLINIQUE MEDICALE
DU
CHATEAU DE GARCHES

2, Grande-Rue, GARCHES (S.-&-O.)

Téléph. : MOLITOR 55-55

Docteur GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris



Thérapeutiques des affections nerveuses

Electro-choc - Insuline, etc. - Narco-analyse - Psychothérapie

Traitements de l'Alcoolisme

CONVALESCENCES - RÉGIMES

MÉDECINE GÉNÉRALE

INSTALLATIONS TECHNIQUES MODERNES

GRAND CONFORT - BEAU PARC DE SIX HECTARES

Published in France.

UNIVERSITY OF LONDON
16 FEB 1953
LIBR